

**Aus dem**

**Zentrum für Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie**

**der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar**

Überprüfung der Akzeptanz und Effektivität des multiprofessionellen  
palliativmedizinischen Konsiliardienstes im akademischen Lehrkrankenhaus der  
Universität des Saarlandes

und

Verbesserung der Versorgung von onkologischen, internistischen und  
neurologischen Palliativpatienten durch ein landesweites Projekt zur frühzeitigen  
Integration der Palliativmedizin

**Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät**

**der UNIVERSITÄT DES SAARLANDES**

**2016**

**vorgelegt von: Frauke Backes**

**geboren am 17.07.1965 in Braunschweig**

## Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung.....	5
1.1	Hintergrund .....	5
1.2	Ziele.....	6
1.3	Methodik.....	6
1.4	Ergebnisse .....	6
1.4.1	Ergebnisse aus den Interviews .....	6
1.4.2	Ergebnis des saarlandweiten Projektes .....	7
1.5	Summary .....	7
2	Einleitung .....	10
2.1	Terminologie .....	10
2.2	Definitionen .....	10
2.3	Aufgaben der Palliativmedizin .....	12
2.4	Entwicklung innerhalb der Palliativmedizin .....	13
2.5	Wer ist ein Palliativpatient? .....	13
2.6	Erkennung eines Palliativpatienten im Krankenhaus .....	14
2.7	Einrichtungen der stationären Palliativversorgung .....	14
2.7.1	Historie .....	14
2.7.2	Hospizentwicklung der 1960er Jahre in England .....	14
2.7.3	Palliativstationen .....	15
2.7.4	Ziele und Strukturmerkmale einer Palliativstation .....	16
2.7.5	Bedarf an Palliativbetten .....	16
2.8	Der Palliativmedizinische Konsiliardienst .....	16

2.8.1	Definition Palliativmedizinischer Konsiliardienst .....	16
2.8.2	Arbeitsweise eines Palliativmedizinischen Konsiliardienstes.....	17
2.8.3	Zielsetzungen eines Palliativmedizinischen Konsiliardienstes.....	17
2.9	Bedarf einer palliativmedizinischen Behandlung bei stationären Patienten.....	19
2.10	Warum sollten Palliativpatienten <i>frühzeitiger</i> eine palliativmedizinische Behandlung erhalten? .....	20
2.11	Entwicklung zu einheitlichen Empfehlungen, ab welchem Zeitpunkt eine palliativmedizinische Behandlung beginnen sollte .....	21
2.12	Resultate einer palliativmedizinischen Mitbehandlung im Krankenhaus.....	23
2.13	Aspekte der Finanzierung eines Palliativmedizinischen Konsiliardienstes .....	24
2.14	Einflussnahme bei der Symptomkontrolle .....	25
2.15	Schmerztherapie .....	25
2.16	Sterbephase .....	26
2.17	Palliativmedizinische Versorgungsstrukturen im Saarland .....	26
2.18	CaritasKlinikum Saarbrücken St. Theresia .....	27
2.18.1	Historie .....	27
2.18.3	Palliativmedizinische Versorgung am CaritasKlinikum Saarbrücken St. Theresia	27
2.18.4	Entstehung des Palliativmedizinischen Konsiliardienstes.....	28
2.18.5	Arbeitsweise des Palliativmedizinischen Konsiliardienstes am CaritasKlinikum Saarbrücken St. Theresia.....	29
3	Fragestellungen .....	30
4	Material und Methodik zur Überprüfung des Palliativmedizinischen Konsiliardienstes..	30
4.1	Hintergrund der Fragen .....	30
5	Ergebnisse aus strukturierten Interviews .....	31

5.1	Angaben zu den Befragten .....	31
5.2	Gründe, den Palliativmedizinischen Konsiliardienst anzufragen .....	32
5.3	Berechtigung der Anforderung .....	33
5.4	Konsiliarischer Antwortbogen .....	34
5.4.1	Form des Antwortbogens .....	34
5.5	Ergebnis eines saarlandweiten Projektes .....	41
6	Diskussion .....	41
7	Schlussfolgerung .....	49
8	Literaturverzeichnis .....	52
9	Publikation .....	57
10	Dank .....	57
11	Anhang .....	58
11.1	Fragebogen .....	58
11.2	Antwortbogen des palliativmedizinischen Konsiliardienstes im Intranet des CaritasKlinikums Saarbrücken St. Theresia .....	64
11.3	Flyer: Frühzeitige standardisierte Integration der Palliativmedizin in das Behandlungskonzept onkologischer, internistischer und neurologischer Patienten .....	65
11.4	Posterveröffentlichung im Rahmen der Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft (PSO) im Dezember 2007 .....	70

# **1 Zusammenfassung**

## **1.1 Hintergrund**

Der Schwerpunkt einer stationären Krankenhausbehandlung beruht auf der effektiven Therapie akuter Erkrankungen sowie der Behandlung von Exazerbationen chronischer Leiden. Wenn keine Heilung möglich ist und die Wiederherstellung des bekannten Gesundheitsstatus infrage gestellt werden muss, ist diese Situation für alle Beteiligten häufig sehr belastend.

Um unheilbare Patienten adäquat behandeln zu können, wurde im CaritasKlinikum Saarbrücken St. Theresia im Jahre 2002 eine Palliativstation eröffnet. Es zeigte sich schnell, dass die Kapazität nicht ausreichte, und so wurden innerhalb der folgenden Jahre Ärzte anderer Fachabteilung im Rahmen eines palliativmedizinischen Konsils bei der Behandlung der dort stationär liegenden Patienten beraten. Auch damit konnte der Versorgung dieser Palliativpatienten nicht gerecht werden. Konsequenterweise erfolgte im Jahre 2008 die Implementierung eines palliativmedizinischen Konsiliardienstes. Dieser Dienst erfüllt umfangreiche Aufgaben. Die Kompetenzen beinhalten eine individuelle Symptomkontrolle zur Linderung von Schmerzen, Luftnot, Übelkeit, Erbrechen, Angst und vielen weiteren Beschwerden, die im Rahmen unheilbarer Erkrankungen auftreten können. Das Erstassessment enthält außerdem Fragen zu Vorbehandlungen, häuslicher Situation, Patientenverfügungen sowie zu bereits bestehenden Kontakten zu ambulanten Diensten. Fragen zur Spiritualität und zu weiteren persönlichen Ressourcen sind ebenfalls Inhalt einer palliativmedizinischen Anamnese. Auf der Grundlage aller Informationen wird ein individueller Behandlungsplan erstellt, der täglich der aktuellen Situation des Patienten angepasst wird. Die Therapievorschlüsse werden sowohl vor Ort den zuständigen Ärzten erläutert, als auch zeitnah schriftlich im Intranet der Klinik zur Verfügung gestellt.

Diese Art der palliativmedizinischen Mitbehandlung hat viele Vorteile für Patienten, Angehörige und die anfordernden Stationen. Eine Schwierigkeit liegt darin, dass es bislang keine Kriterien gibt, zu welchem Zeitpunkt im jeweiligen Krankheitsverlauf die Hinzuziehung eines Palliativmediziners indiziert ist und somit die Mitbetreuung durch den palliativmedizinischen Konsiliardienst ohne standardisierte Richtlinien erfolgt.

## **1.2 Ziele**

- a. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, ob die Hauptfachabteilungen des CaritasKlinikums Saarbrücken St. Theresia das Gesamtkonzept des seit 2008 tätigen palliativmedizinischen Konsiliardienstes kennen und überprüft, sowohl die Zufriedenheit der anderen Fachabteilungen mit der Arbeit des palliativmedizinischen Konsiliardienstes, als auch die Zufriedenheit mit der palliativmedizinischen Stellungnahme.
- b. Weiterhin beschreibt die Arbeit die Entwicklung von einheitlichen Kriterien im Saarland für eine frühzeitige Integration von Palliativmedizin in die Behandlung von Patienten mit unheilbaren Erkrankungen.

## **1.3 Methodik**

- a. In allen 10 Fachabteilungen wurden persönlich strukturierte Interviews mit Oberärzten und Assistenzärzten geführt.
- b. Literaturrecherche der Arbeitsgruppe Stationäre Versorgung der saarländischen Landesvertretung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu den Themen „early integration“ bzw. „frühzeitige Einbindung“ bei Tumorpatienten und Patienten mit fortgeschrittenen internistischen und neurologischen Erkrankungen und Ergänzung durch Expertenwissen.

## **1.4 Ergebnisse**

### **1.4.1 Ergebnisse aus den Interviews**

Die Ergebnisse zeigen, dass der palliativmedizinische Konsiliardienst im gesamten Krankenhaus sehr geschätzt wird. Es herrscht große Zufriedenheit über die Empfehlungen, insbesondere zur medikamentösen Schmerztherapie. Neben der hohen Akzeptanz wünschen sich die meisten Kollegen jedoch meistens eine Verlegung des Patienten auf die Palliativstation und schöpfen die Informationen, die sie aufgrund der Einbeziehung des palliativmedizinischen Konsiliardienstes in das eigene Behandlungskonzept erhalten könnten, nicht in allen Bereichen aus. Es fällt

den Kollegen schwer, den richtigen Zeitpunkt der Hinzuziehung zu erkennen und mit Patienten über Palliativmedizin zu sprechen. Die Umfrage ergab, dass die Festlegung standardisierter Kriterien, zu welchem Zeitpunkt einer Krankheitsphase die Einbeziehung einer palliativmedizinischen Behandlung empfohlen wird, in allen Abteilungen als sehr hilfreich eingeschätzt wird.

### 1.4.2 Ergebnis des saarlandweiten Projektes

Im Saarland existiert eine gewachsene Vernetzung aller palliativ und hospiztätigen Dienste. Innerhalb der Landesvertretung Saarland der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin arbeiten unterschiedliche Arbeitsgruppen an verschiedenen Projekten. Mitglieder der Arbeitsgruppe Stationäre Einrichtung erarbeiteten Kriterien, die helfen sollen, dass Patienten frühzeitiger eine palliativmedizinische Mitbehandlung erfahren. Nach Auswertung vorhandener Literatur, erfolgte die Zusammenstellung praxisnaher standardisierter Empfehlungen. In einem weiteren Schritt wurde ein Flyer mit dem Titel: **Frühzeitige Standardisierte Integration der Palliativmedizin in das Behandlungskonzept onkologischer, internistischer und neurologischer Patienten** entworfen und gedruckt (siehe Anhang). Weitere Druckformate erschienen als Poster und in Kitteltaschenformat. Das Projekt wurde auf dem 10. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und zum 13. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung 2014 als Poster vorgestellt (PC203).

## 1.5 Summary

### Background

The focus of a hospital inpatient treatment is based on the effective therapy of acute illness and the treatment of exacerbations of chronic diseases. If no cure is possible and the recovery of the known health status must be questioned, often leads to a very stressful situation for all involved.

In order to care for untreatable patients adequately, CaritasKlinikum Saarbrücken St. Theresia opened a palliative care unit in 2002. It quickly became apparent, that the department's capacity was insufficient. Therefore in 2008 the hospital instituted an official palliative counseling service. This service performs extensive tasks. The

strengths include an individual symptom control for the relief of pain, dyspnea (shortness of breath), nausea, vomiting, anxiety and many other symptoms that may occur in the context of incurable diseases. The first assessment contains questions about prior treatment, domestic situation, living wills, and existing contacts to outpatient services. Questions about the beliefs and personal resources are also part of the content of the palliative medical history. On the basis of all the information, an individual treatment plan is created, which is adapted to the patient's daily needs. The treatment suggestions are explained in person to the primary clinicians, and written in a timely manner on the clinic's intranet. This type of palliative care co-treatment has many benefits for patients, relatives and the unit which initiated the request. One difficulty is that there have been no criteria at what time in the respective disease process, the involvement of a palliative care physician is indicated and thus co-supervision is carried out by the palliative care consultation service without standardized guidelines.

## **Objectives**

- a. The present work deals with the question of whether the main specialized departments of the CaritasKlinikum Saarbrücken St. Theresia know of the overall concept of palliative consulting team which has been in existence since 2008, whether the other departments are satisfied with palliative consulting team as well as the overall position towards palliative medicine.
- b. Furthermore, the thesis describes the development of uniform criteria in Saarland for early integration of palliative care in the treatment of patients with incurable diseases.

## **Methods**

- a. 10 departments participated in personally structured interviews with senior physicians and junior doctors were performed.
- b. Literature research was carried out and supplemented with expert knowledge in the following area:  
Working group "Inpatient Facilities" of the Saarland State representation of the German Society for palliative care on the topics "early integration" or "early involvement" in patients with tumors and patients with advanced internal and neurological diseases.



## **Results**

### **Results from the Interviews**

The results show that the palliative care consultation service throughout the hospital is greatly appreciated. In particular there is pronounced satisfaction with the recommendations to medical pain management. In addition to the high acceptance most physicians want to transfer the patient to the palliative care unit and gather information (but not in all areas) that they may have in their own treatment plan due to the inclusion of palliative care consulting services. It is difficult for doctors to recognize the right time to speak with patients about palliative care. The survey found that all departments estimate the establishment of standardized criteria to be very helpful (e.g., at which time in a disease phase, the involvement of a palliative treatment is recommended).

### **Results of the Saarland-wide Project**

In Saarland there exists a growing network of all palliative and hospice services. Within the German Association for Palliative Medicine various working groups in Saarland are running different projects. Members of the working group "Inpatient Facilities" developed criteria to help patients experience a palliative care co-treatment early on. Following the evaluation of available literature, the group compiled a set of practical standardized recommendations. Furthermore, a flyer was designed and printed with the title: "Standardized Early Integration of Palliative Care in the Treatment of oncological, internal and neurological patients. (Annex) Other print sizes appeared as posters and in a pocket-sized format. The project was presented at the 10th Congress of the German Society for Palliative Medicine and the 13th German Congress of Health Services Research 2014 poster. (PC203)

## **2 Einleitung**

### **2.1 Terminologie**

Eine zunehmende Sensibilisierung für Bedürfnisse unheilbarer Patienten und Sterbender führte in den 1960er Jahren zur modernen Hospizbewegung. Damit einhergehend etablierten sich unterschiedliche Bezeichnungen.

Durch die Eröffnung des St. Christophers's Hospice war der Name Hospiz belegt. 1975 eröffnete Balfour Mount in Canada die erste Palliativstation innerhalb eines Krankenhauses und führte den Begriff „Palliative Care“ ein. In der sehr heterogenen Terminologie finden sich zum Thema Palliativversorgung: „Hospice“, „Hospice care“, „Continuing Caring“, „End-of Life Care“, „Thanatology“, „Comfort Care“ sowie „Supportive Care“ (1). Pastrana et al. fanden 2008 in der Literatur 37 englische und 26 deutsche Definitionen (2). Alle Begriffe verbindet Symptomkontrolle und Lebensqualität für Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen. (3) Werden jedoch Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung gefragt, welchen Begriff sie bevorzugen, so zeigte das Ergebnis einer Telefonumfrage, dass supportive care im Gegensatz zu palliative care aus Sicht der Betroffenen besser angenommen wird. Mit dem Terminus „supportive care“ assoziierten Patienten einen Dienst, der Informationen, medizinische Beratung, psychologische und soziale Hilfestellungen anbietet. Der Begriff „palliative care“ wurde mit dem Lebensende in Zusammenhang gebracht (4).

Im deutschen Sprachgebrauch hat sich der Begriff der Palliativversorgung durchgesetzt. Das Wort leitet sich vom lateinischen pallium = Mantel ab und umschreibt Umhüllung und Schutz.

### **2.2 Definitionen**

Es ist Cicely Mary Strobe Saunders zu verdanken, dass im Jahre 1967 in London das erste Hospiz eröffnet wurde. Sie hatte drei Ausbildungen abgeschlossen. Als Sozialarbeiterin, Krankenschwester und später als Ärztin kannte sie die Behandlung von Patienten aus unterschiedlichen Perspektiven und formulierte im Jahre 1977 ihre Ansprüche an die Palliativmedizin folgendermaßen:

- Behandlung des Patienten in der Umgebung seiner Wahl
- Beachtung der physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse von Patienten, Angehörigen und Behandlungsteam
- Individuelle Behandlung jedes Patienten im multidisziplinären Team
- Offenheit und Wahrhaftigkeit als Grundlage des Vertrauensverhältnisses unter allen Beteiligten
- Symptomkontrolle (Schmerzen u.a. Symptome) durch behandelnden Arzt, ggf. mit Unterstützung von Spezialisten
- Fachliche Pflege durch geschulte Pflegekräfte
- Integration von Ehrenamtlichen
- Kontinuierliche 24-h-Betreuung des Patienten bis zum Tod sowie Betreuung seiner Angehörigen
- Bejahung des Lebens  
Akzeptanz von Sterben und Tod als Teil des Lebens  
Der Tod wird weder beschleunigt noch hinausgezögert
- Aktive Sterbehilfe wird abgelehnt.

Im Jahre 1990 veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Definition für Palliativmedizin, die so verstanden wurde, dass die palliativmedizinische Behandlung auf die letzte Lebensphase beschränkt ist: „Palliativmedizin ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung der Schmerzen, anderer Krankheitsbeschwerden, psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme höchste Priorität besitzt.“

Im Jahre 2002 wurde die Definition aktualisiert. Nicht nur die Patienten, sondern auch die Angehörigen rückten in den Fokus. Außerdem sollten palliativmedizinische Maßnahmen frühzeitiger beginnen (5).

Bei der European Association for Palliative Care heißt es: „Palliativmedizin ist die aktive und umfassende Betreuung von Patienten, deren Erkrankung nicht auf kurative Behandlung anspricht. Kontrolle von Schmerzen und anderen Symptomen sowie von sozialen, psychologischen und spirituellen Problemen hat Vorrang. Palliativmedizin ist

interdisziplinär und umfasst den Patienten, die Familie und die Gesellschaft in ihrem Ansatz.“

In gewissem Sinne stellt Palliativmedizin die grundlegendste Form der Versorgung dar, indem sie die Bedürfnisse der Patienten versorgt, ohne Berücksichtigung des Ortes, sowohl zu Hause wie im Krankenhaus.

Palliativmedizin bejaht das Leben und akzeptiert das Sterben als normalen Prozess, sie will den Tod weder beschleunigen noch hinauszögern. Ziel ist der Erhalt der bestmöglichen Lebensqualität bis zum Tod (6).“

Die Definition der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin entspricht im Wesentlichen der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO), betont aber eine mögliche frühe Einbindung der Palliativmedizin in das Therapiekonzept eines Patienten:

„Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist. Palliativmedizin soll sich dabei nicht auf die letzte Lebensphase beschränken. Viele Grundsätze der Palliativmedizin sind auch in frühen Krankheitsstadien zusammen mit der kausalen Therapie anwendbar. Palliative Zielsetzungen können in verschiedenen organisatorischen Rahmen sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich verfolgt werden (7).“

Weltweit gibt es Stimmen, die den Zugang zur Palliativtherapie am Lebensende als Menschenrecht einfordern, um Menschen unnötiges Leid zu ersparen. Brennan analysiert kritisch, dass diese Forderung aus Mangel an Voraussetzungen in den meisten Ländern nicht umzusetzen ist und die Erwartungen aufgrund schwerer und unbeeinflussbarer Krankheitsverläufe zu hoch seien (8).

## **2.3 Aufgaben der Palliativmedizin**

In der alltäglichen Umsetzung bedeutet es, dass ein Patient mit einer unheilbaren Erkrankung ganzheitlich in seinen Bedürfnissen wahrgenommen wird. Er erhält durch ein multiprofessionelles Team eine kompetente Behandlung der vorliegenden

Symptome durch ärztliche und pflegerische Maßnahmen sowie eine Unterstützung bei psychosozialen und spirituellen Belangen.

## **2.4 Entwicklung innerhalb der Palliativmedizin**

Palliativmedizin in Deutschland bedeutete in den 1980er Jahren eine intensive Aufbauarbeit mit dem Ausbau ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen. 1983 wurde die erste Palliativstation in Köln eröffnet. In Aachen entstand 1986 das erste Hospiz. 1992 erfolgte die Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, die heutige DHPV).

In den vergangenen 20 Jahren entwickelte sich der Schwerpunkt der Fort- und Weiterbildung. Palliative Care Kurse, Basiskurse Palliativmedizin sowie Multidisziplinäre Aufbaukurse seien exemplarisch genannt. 1994 gründete sich die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin.

Der erste Lehrstuhl für Palliativmedizin wurde 1999 in Bonn errichtet, in der Folge entstanden weitere Professuren in Aachen, Göttingen, Köln, München und Erlangen. Seit 2004 können sich Fachärzte in Palliativmedizin spezialisieren und die Zusatzbezeichnung erlangen. Die Palliativmedizin ist inzwischen ein universitäres Pflichtfach. 2009 wurde die Approbationsordnung geändert.

Die Bundesregierung verabschiedete 2007 die Grundlage für einen gesetzlich geregelten Anspruch auf eine ambulante spezialisierte Palliativversorgung (SAPV). Ein weiterer Meilenstein ist die Verabschiedung der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland im Jahre 2010 (9). Die zukünftige Entwicklung erscheint unter den Aspekten Forschung und länderübergreifende Qualitätssicherung (10).

## **2.5 Wer ist ein Palliativpatient?**

Ein Palliativpatient ist ein Patient mit einer unheilbaren, progredienten Erkrankung.

## **2.6 Erkennung eines Palliativpatienten im Krankenhaus**

Die Gruppe der Palliativpatienten ist aufgrund der unterschiedlichen Erkrankungen, Krankheitsstadien und verschiedener Prognosen sehr inhomogen (11).

Wird ein Patient stationär aufgenommen, so erfolgt die Identifikation als Palliativpatient durch den Arzt der jeweiligen Fachabteilung oder in der Notaufnahme. Ein Tumorpatient im metastasierten Krankheitsstadium mit quälenden Symptomen bereitet bei der Eingruppierung keine Probleme. Patienten mit nicht-onkologischen Erkrankungen haben ähnliche Symptomkomplexe, erfahren jedoch nur selten die Hinzuziehung eines Palliativmediziners in das Behandlungskonzept u.a. deshalb, weil die Krankheitsverläufe und Prognosen viel schwieriger abzuschätzen sind.

## **2.7 Einrichtungen der stationären Palliativversorgung**

### **2.7.1 Historie**

Forschungsergebnisse zeigen, dass es bereits im 16. Jahrhundert als ärztliche Pflicht angesehen wurde, Schwerkranken und Sterbenden bis zum Tod beizustehen und die bestehenden Behandlungsmöglichkeiten unter den Begriffen „Cura palliativa“ und „Euthanasia medicinalis“ niedergeschrieben wurden. Im Verlauf der Jahrhunderte sind Sterbehäuser aber auch gezielte Krankenhausabteilungen beschrieben, in denen unheilbare Patienten aufgenommen wurden (12).

### **2.7.2 Hospizentwicklung der 1960er Jahre in England**

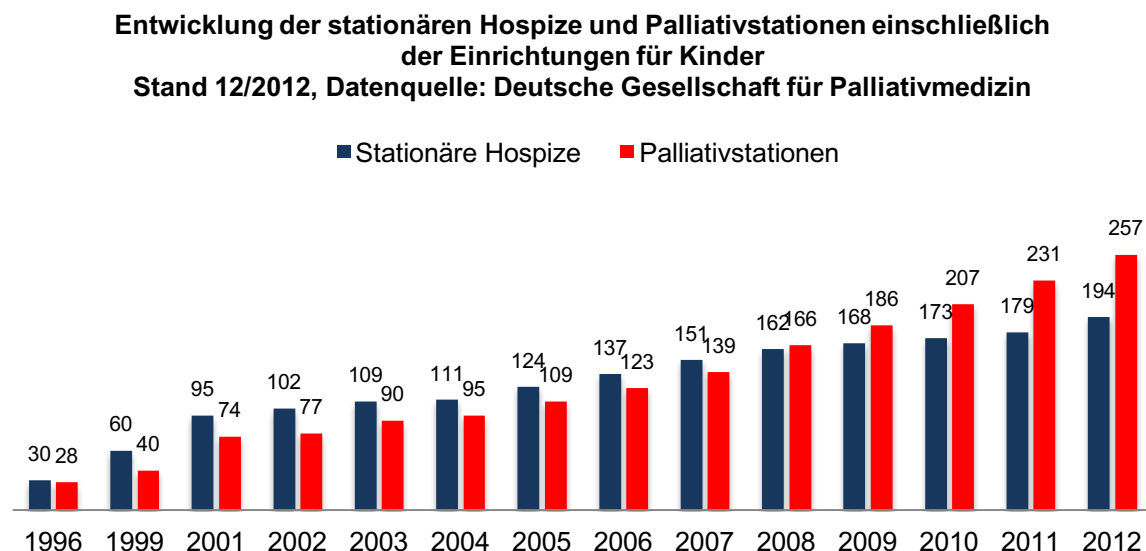
Hospize wurden durch Dr. C. Saunders zu Einrichtungen, in denen Menschen mit weit fortgeschrittenen Erkrankungen am Ende ihres Lebens ganzheitlich wahrgenommen werden. Ihr war es außerdem wichtig, dass Forschung zum Beispiel im Bereich der Tumorschmerztherapie erfolgte. Aus dieser Bewegung kam die Forderung nach einer kontinuierlichen Schmerztherapie. Ebenfalls zu ihrem Konzept gehörten der offene Umgang mit infausten Prognosen, eine multiprofessionelle Zusammenarbeit und der Einsatz von Ehrenamtlichen.

### 2.7.3 Palliativstationen

Das erschütternde Ergebnis einer Umfrage in der eigenen Klinik führte im Jahre 1973 in Montreal zur Eröffnung der ersten Palliativstation innerhalb eines Krankenhauses. Zusammenfassend zeigte die Auswertung von Fragebögen, dass Sterbende unnötig litten und das medizinische Personal diese Bedürfnisse nicht ernst nähmen. In der Zwischenzeit ist eine rasante Entwicklung zu verzeichnen. In der aktuellen Definition heißt es:

„Eine Palliativstation ist eine auf die Behandlung und Betreuung von Palliativpatienten spezialisierte Abteilung. Normalerweise handelt es sich um eine Abteilung innerhalb eines Krankenhauses oder eine dieser angegliederten Abteilungen, aber sie kann auch als eigenständige Struktur vorkommen“ (13).

Seit einigen Jahren wird eine allgemeine von einer spezialisierten Palliativversorgung unterschieden. Die spezialisierte Palliativversorgung bezeichnet Strukturen, „deren Haupttätigkeit in der Bereitstellung von Palliativversorgung besteht. Diese Dienste und Einrichtungen betreuen in der Regel Patienten mit komplexen und schwierigen Bedürfnissen“ (14). Palliativstationen und Hospize leisten als stationäre Einrichtungen diese Arbeit. Eine Veröffentlichung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zeigt die rasante Vermehrung der stationären Hospize und Palliativstationen.



Grafik: 1

## **2.7.4 Ziele und Strukturmerkmale einer Palliativstation**

„Das Ziel der Palliativstationen ist es, krankheits-und therapiebedingte Beschwerden zu lindern und, falls möglich, den Zustand des Patienten zu stabilisieren sowie den Patienten und seine Angehörigen psychologisch und sozial so zu unterstützen, dass die Entlassung nach Hause oder die Verlegung in eine andere Versorgungsstruktur möglich ist“ (13).

Die Umsetzung dieser Ziele benötigt ein multiprofessionelles Team aus Ärzten, Pflegenden, Psychologen, Seelsorgern, Ehrenamt sowie anderen Berufsgruppen aus den Bereichen Sozialarbeit und Physiotherapie. Ärzte und Pflegekräfte sollten über eine zertifizierte Weiterbildung in Palliativmedizin verfügen. Nach Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin sollten das Verhältnis von Pflegekraft zu Bett mindestens 1,4:1 betragen. Die ärztliche Besetzung sollte eine Leitung mit 0,4-0,6 Stellenanteilen vorsehen. Der Stellenanteil der Stationsärzte wird mit mindestens 1,2 Ärzten pro 6,5 durchschnittlich belegten Betten empfohlen (15).

## **2.7.5 Bedarf an Palliativbetten**

Der geschätzte Bedarf an nötigen Palliativbetten ist sehr uneinheitlich. Würden nur Tumorkranken berücksichtigt, lag bis vor Jahren die Schätzung bei 50 Palliativbetten pro 1 Mio. Einwohner. Bedenkt man den Bedarf bei steigenden Zahlen chronisch kranker Patienten, muss von einem deutlich höheren Bettenbedarf ausgegangen werden. Auch innerhalb von Europa finden sich unterschiedliche Berechnungen. Österreich empfiehlt 60 Betten für 1 Mio. Einwohner, in Irland sollten mindestens 80-100 Betten zur Verfügung stehen (13).

## **2.8 Der Palliativmedizinische Konsiliardienst**

### **2.8.1 Definition Palliativmedizinischer Konsiliardienst**

Im Lehrbuch der Palliativmedizin heißt es, dass man „in Deutschland unter einem palliativmedizinischen Konsiliardienst ein in der Palliativmedizin erfahrenes Team versteht, das seine Kenntnisse und Erfahrungen in der Schmerztherapie, Symptom-



kontrolle, ganzheitlichen Pflege und psychosozialen Begleitung, insbesondere in den Allgemeinstationen des Krankenhauses, anbietet“ (16).

### **2.8.2 Arbeitsweise eines Palliativmedizinischen Konsiliardienstes**

Der Dienst sollte sich aus Ärzten und Pflegefachkräften zusammensetzen, die eine spezialisierte Weiterbildung durchlaufen haben. An den Bedürfnissen des Patienten orientierend, sollten sie andere Berufsgruppen zeitnah hinzuziehen können. Die Entscheidung über die Umsetzungen von Therapievorschlügen obliegt der Verantwortung der anfordernden Abteilung. Somit arbeitet der Dienst beratend und koordinierend.

### **2.8.3 Zielsetzungen eines Palliativmedizinischen Konsiliardienstes**

Die Aufgaben eines palliativmedizinischen Konsiliardienstes umfasst eine Beratung bei der Symptomkontrolle, der Identifizierung von psychischen und spirituellen Bedürfnissen sowie Hilfestellungen bei Therapiezielfestlegungen und in der Betreuung am Lebensende.

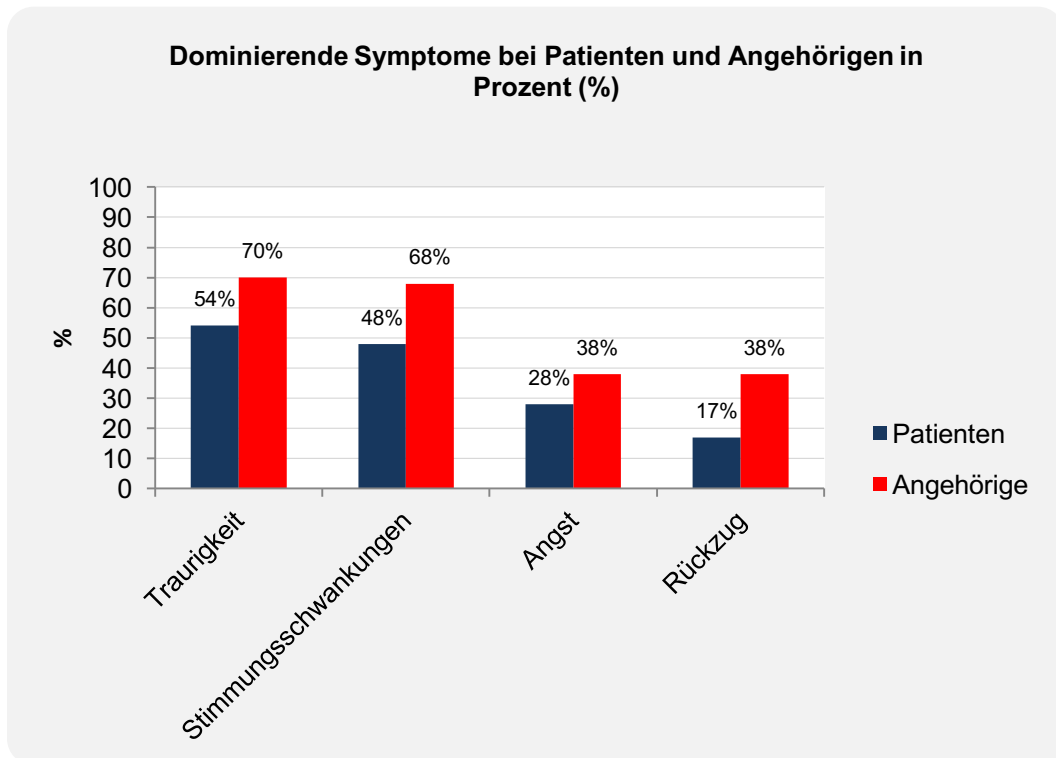
Nicht nur der Patient, sondern auch die Angehörigen erhalten eine Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung und dem Verständnis zur Prognose.

Ärzte unterschätzen das Bedürfnis von Patienten, ausführlich über eine schwerwiegende Krankheit informiert zu werden. Harding et al. führten in sieben europäischen Ländern eine telefonische Befragung durch. Unter anderem stellten sie die Fragen: „Möchten Sie darüber informiert werden, falls Sie nicht mehr lange zu leben hätten?“ Und: „Möchten Sie darüber informiert werden, welche Symptome und Probleme auftreten können?“ Die Autoren schließen aus den Ergebnissen, dass Menschen mit schwerwiegenden Erkrankungen und eingeschränkter Prognose bis zu 80% Informationen zu ihrer Situation wünschen (17).

Wo bleiben im Klinikalltag die durch Pflege und Verlustängste belasteten Angehörigen? Eine Untersuchung unserer eigenen Klinik für Palliativmedizin zeigte, dass Patienten und Angehörige ähnliche psychische Belastungssymptome aufweisen, die bei Angehörigen jedoch öfter auftreten.

Im Zeitraum von September bis November 2007 schätzten Patienten (n=46) und parallel hierzu ihre Angehörigen (n=40) ihre psychische Belastung in Einzelgesprächen ein. Angelehnt an die Posttraumatische Stress Skala (PTSS-10) bewerteten die Probanden ihr momentanes Befinden anhand von 10 verschiedenen Symptomen auf einer Skala von 0 (nie) bis 6 (immer). Die Ergebnisse der vier Hauptsymptome legten nahe, dass Angehörige unbedingt in die psychologische Betreuung von Palliativpatienten miteinbezogen werden sollten. (Grafik 2, Posterabbildung im Anhang). Veröffentlicht wurden diese Ergebnisse im Rahmen einer Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft (PSO) im Dezember 2007.

Zu ähnlichen Schlussfolgerungen kommt eine Untersuchung über Angehörige, die ambulant die Pflege von Patienten durchführen, die aufgrund einer fortgeschrittenen Erkrankung unter Luftnot leiden. Auch dort besteht erheblicher zusätzlicher Bedarf an Unterstützung (18). Frauen und ältere Pflegende sind durch die Versorgung ihrer kranken Angehörigen belasteter als Männer oder jüngere Pflegende. Diesen Rückschluss konnte aus aktuellen Untersuchungsergebnissen aus Leipzig gezogen werden. Dort wurde gezielt die Lebensqualität von pflegenden Angehörigen untersucht (19).



Grafik: 2

## 2.9 Bedarf einer palliativmedizinischen Behandlung bei stationären Patienten

Es gibt unterschiedliche Ansätze herauszufinden, wie hoch der Bedarf der Versorgung von Palliativpatienten im Krankenhaus ist.

Den Ausführungen von Gott zufolge, bedürfen 23% aller stationären Patienten einer palliativmedizinischen Behandlung. In dieser Untersuchung wurden Pflege und Ärzte unabhängig voneinander interviewt, welche Patienten eine palliativmedizinische Behandlung erhalten sollten. Die Ansichten beider Berufsgruppen variierten stark. Nur bei 9% der Patienten waren die Ansichten identisch (20).

Becker et al. untersuchten an der Universität Freiburg, wie viele Patienten Palliativmedizin bedürfen, indem Ärzte bei der Entlassung eines Patienten diesen im Computer als Palliativpatient identifizieren mussten. Analysiert wurden 39.849 Patienten. Als „bedürftig“ wurden insgesamt 6,9% angegeben. Davon hatten 67% eine Krebserkrankung (21). Bei einer Studie in Neuseeland wurde ein prospektiver Ansatz

gewählt. Patienten wurden dann in die Studie eingeschlossen, wenn sie Kriterien des „Gold Standard Framework Clinical Prognostic Indicator“ erfüllten. Dabei stellte sich heraus, dass 20% der stationären Patienten im Untersuchungszeitraum einer palliativen Behandlung bedurften (22).

## **2.10 Warum sollten Palliativpatienten *frühzeitiger* eine palliativmedizinische Behandlung erhalten?**

Die Frage, wann der richtige Zeitpunkt ist, eine palliativmedizinische Behandlung in das Behandlungskonzept onkologischer und nicht onkologischer Patienten zu integrieren, wurde in den vergangenen Jahren intensiv diskutiert. Früher wurde Palliativmedizin eher als Behandlungsalternative gesehen, wenn die Möglichkeiten einer diagnosespezifischen Therapie ausgeschöpft waren.

Das Umdenken wurde für Patienten mit nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom ab einem Stadium IIIB durch Jennifer Temel angeregt. Sie konnte nachweisen, dass Patienten, die bei Erstdiagnose sowohl eine onkologische Therapie als auch eine palliativmedizinische Behandlung erhielten, eine bessere Lebensqualität und eine längere Lebenszeit hatten (23). Die weltweite Beachtung dieser Studie führte zu einem Paradigmenwechsel.

Der Zeitpunkt einer Integration von palliativmedizinischen Therapien in das gesamte Behandlungskonzept sollte jetzt nicht mehr sequenziell nach Beendigung der tumorspezifischen Therapie, sondern zu einem möglichst frühen Zeitpunkt erfolgen (23). Die Amerikanische Society of Clinical Oncology (ASCO) forderte 2010, dass Palliativmedizin in die Behandlungspfade onkologischer Therapie mit aufgenommen werden sollte (24).

Auch die nicht-onkologischen Erkrankungen rücken zunehmend in das Bewusstsein der vielfachen palliativmedizinischen Bedürfnisse. Solano untersuchte verschiedene Symptomkomplexe bei onkologischen und nicht-onkologischen Patienten und entdeckte keinen Unterschied in der Symptommhäufigkeit bei Schmerzen, Luftnot und Fatigue (25). Norgren untersuchte Patienten mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz (26), George veröffentlichte Daten über die Beschwerdelast von Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (27). Die Befürchtung, anderen Menschen zur Last zu

fallen, ist neben der Angst vor Schmerzen oder Luftnot die Hauptsorge von Menschen in verschiedenen europäischen Ländern (28). Sowohl körperliche Symptome als auch psychologische, soziale und spirituelle Bedürfnisse kommen bei Patienten mit onkologischen und nicht-onkologischen Erkrankungen gleichermaßen vor (29). Daher sollten auch bei nicht-onkologischen Patienten, frühzeitiger als bisher, palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen erfolgen.

## **2.11 Entwicklung zu einheitlichen Empfehlungen, ab welchem Zeitpunkt eine palliativmedizinische Behandlung beginnen sollte**

Hospizarbeit und Palliativmedizin haben dazu beigetragen, dass sich der Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Patienten geändert hat. Anfänglich waren es fast ausschließlich Tumorkrankungen, die aufgrund der komplexen Beschwerden und oft infauster Prognose behandelt wurden. Jetzt sollte nicht allein die Diagnose ausschlaggebend für eine Einbeziehung eines Palliativmediziners in das Behandlungskonzept sein, sondern die Beschwerden, die im Verlauf einer fortgeschrittenen Erkrankung auftreten.

Aber ohne festgelegte Kriterien werden Patienten, die von einer palliativen Mitbehandlung profitieren würden, unterversorgt. Eine retrospektive Untersuchung verstorbener Patienten des UT MD Anderson Cancer Centers des Zeitraums 2003-2004 ergab ein sehr heterogenes Bild der Versorgung von Palliativpatienten. Patienten mit hämatologischen Erkrankungen und Patienten, die auf die Intensivstation eingewiesen wurden, wurden am seltensten dem palliativ medizinischen Konsiliardienst vorgestellt (30).

Bruera beschreibt 2010 die Situation, dass onkologische Patienten erst 30-60 Tage vor dem Tod palliativmedizinisch behandelt werden. Unter Onkologen bestünde seiner Meinung nach die Ansicht, dass Palliativmedizin erst nach Abschluss der tumorspezifischen Therapie angemessen sei. Er kritisiert, dass dadurch eine frühzeitigere bessere Symptomkontrolle verhindert würde (31).

In Deutschland kamen die ersten Empfehlungen, im Sinne einer Standardisierung als „early integration“, aus Köln. Eine Arbeitsgruppe aus dem Palliativzentrum Köln und dem Zentrum für integrierte Onkologie haben Kriterien für häufige Tumorentitäten

festgelegt, ab welchem Krankheitsstadium eine palliativmedizinische Vorstellung erfolgen soll (32).

Die Arbeitsgruppe der Deutschen Krebsgesellschaft verfolgt einen anderen Ansatz und spricht sich im Jahre 2012 für eine bedarfsabhängige Indikationsstellung aus. Sie schlägt vor, Screeninginstrumente zur Abschätzung des palliativmedizinischen Interventionsbedarfs zu entwickeln (33).

Die Herangehensweise, einen richtigen Zeitpunkt zu deklarieren, ist bei Patienten, die keine Krebserkrankung haben deutlich problematischer. Viele Autoren weisen darauf hin, dass Patienten mit internistischen oder neurologischen Erkrankungen eine hohe Symptomlast aufweisen. Ein Vergleich zwischen Patienten mit Krebs, AIDS, Herzinsuffizienz, COPD und Niereninsuffizienz zeigte, dass Schmerzen, Luftnot und Fatigue bei allen Diagnosegruppen bei mindestens jedem zweiten Patienten gefunden werden (25). Exemplarisch zeigt die Arbeitsgruppe „Nicht-Tumorpatienten der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin“ für das Krankheitsbild der Herzinsuffizienz, dass auch hier neben Luftnot sowohl Schmerzen als auch Fatigue und Depression häufige Symptome im Krankheitsverlauf sind (34). Die Heart Failure Association of the European Society of Cardiology schlägt vor, je nach Krankheitsstadium zwischen einer „chronischen Phase“, einer „palliative care“ Phase und einer „terminal care“ Phase zu unterscheiden und entsprechende Ziele den Bedürfnissen der Krankheitsphasen anzupassen (35).

Für COPD Patienten wurden von Hardin et al. Kriterien für die Einbeziehung eines Palliativmediziners in das Behandlungskonzept ausgearbeitet (36). Buecken et al. unterstreichen die Wichtigkeit, mit Multiple Sklerose Patienten über Themen des letzten Lebensabschnittes zu sprechen (37).

Es ist schwierig, für alle Krankheitsentitäten, den richtigen Zeitpunkt einer palliativmedizinischen Mitbehandlung zu finden. Bausewein konkretisiert im Jahre 2011 die Problematik der Unterschiede zwischen Tumorpatienten und nicht-onkologischen Patienten und weist auf die Forderung aus England hin, „den Bedarf für palliativmedizinische Betreuung nicht von Diagnose und Prognose abhängig zu machen, sondern von den Bedürfnissen der Patienten“ (38).

Insgesamt sind Patienten mit nicht-onkologischen Erkrankungen bezüglich einer palliativmedizinischen Mitbehandlung bislang jedoch benachteiligt. Palliativmedizinische Konsiliardienste betreuen meistens zu über 90% Tumorkranken (39) (40). Dass es gelingen kann, das Spektrum der zu betreuenden Patienten zu erweitern, lässt sich aus Zahlen der Mayo Clinic ablesen. Im Jahre 2003 betreute der dort arbeitende palliativmedizinische Konsiliardienst zu 64% Tumorkranken. Im Jahre 2008 betrug der Anteil der Krebspatienten noch 38%. Insbesondere vergrößerte sich der Anteil an Patienten mit Lungenerkrankungen, neurologischen Krankheitsbildern und Nierenerkrankungen (41).

## **2.12 Resultate einer palliativmedizinischen Mitbehandlung im Krankenhaus**

Bereits im Jahre 1981 haben Bates et al. ihr Konzept eines multiprofessionellen palliativmedizinischen Konsiliardienstes veröffentlicht und haben die Erfahrung gemacht, dass das Bestreben, Patienten auf allen Abteilungen eines Krankenhauses, eine gute Symptomkontrolle zukommen zu lassen, eine sehr sensible Vorgehensweise erfordere. Die Hauptverantwortung für einen Patienten bleibt in der Fachabteilung. Es bedarf einer für alle Beteiligten klaren Absprache und einer überdurchschnittlichen Kompetenz in der Kommunikationsfähigkeit der Mitarbeiter des palliativen Konsiliardienstes, damit weder bei Patienten noch bei Mitarbeitern der Abteilung Missverständnisse aufkommen. Die gleichen Autoren haben drei Vorteile eines Konsiliardienstes festgestellt. „Erstens entstünden relativ geringe Kosten, zweitens wird das Wissen der Palliativmedizinischen Behandlung weitergegeben und es gäbe einen großen Lerneffekt bei Pflegenden und Ärzten, und drittens erfahren Patienten eine frühzeitigere Mitbehandlung durch einen Palliativmediziner, als sonst im Krankheitsverlauf“ (42).

Elleshaw belegte eine eindeutige Verbesserung u.a. von Schmerzen, Schwindel und Müdigkeit sowie einer Krankheitsverarbeitung durch die Hinzuziehung eines palliativmedizinischen Konsiliardienstes (43).

Eine retrospektive Untersuchung von Bhattraju ergab, dass Patienten, die im Krankenhaus verstarben und vorher eine Mitbetreuung vom palliativmedizinischen Konsiliardienst hatten, seltener am Lebensende auf der Intensivstation lagen und

häufiger Opiate zur Schmerztherapie erhielten (44). Auch die Untersuchung von Bükki et al. ergab, dass Patienten, die im Krankenhaus zwischen 2009 und 2011 verstarben und vorher palliativmedizinisch betreut wurden, weniger Symptome aufwiesen als eine Kontrollgruppe (45).

Das Einbringen der medizinischen und pflegerischen Expertise steht an erster Stelle der Mitbehandlung sowohl für Patienten als auch für Angehörige. Curtis veröffentlichte im Jahre 2008 eine Stellungnahme zur Rolle der Palliativmedizin auf der Intensivstation. Symptome von 50 Tumorpatienten umfassten „Unwohlsein v.a. bei medizinischen Maßnahmen, Durst, Schlafprobleme, Angst, Schmerzen, Hunger, Depression und Luftnot“. Doch neben der Wahrnehmung körperlicher und psychischer Bedürfnisse von Patienten, sind es die Angehörigen, deren Belastung oft nicht ausreichend aufgefangen wird. Das Team um Curtis analysierte auf Kassetten aufgenommene Familiengespräche. Bei durchschnittlichen Gesprächsdauern von 32 Minuten kam die Familie weniger als ein Drittel der Zeit zu Wort. Bei weiterer Auswertung stellte sich heraus, dass je höher die Zeitdauer war, in der die Familienangehörigen sprechen durften, je größer war die Zufriedenheit mit der gesamten Kommunikation. Die Gesamtdauer des Gespräches war dabei nicht ausschlaggebend (46). Übertragen auf die Situation eines palliativmedizinischen Konsiliardienstes am Krankenbett, ist expliziert die Fähigkeit, zuzuhören entlastend für Patienten und Angehörige.

## **2.13 Aspekte der Finanzierung eines Palliativmedizinischen Konsiliardienstes**

Eine palliativmedizinische Behandlung durch einen Konsiliardienst kann nur, mit ausreichender Stellenbesetzung durch entsprechend ausgebildete Ärzte und Pflege, erfolgreich durchgeführt werden.

Die Finanzierung eines palliativmedizinischen Konsiliardienstes scheint jedoch insgesamt, einem Krankenhaus Kosten zu ersparen. Fadul et al. untersuchten 1.453 Patienten, die zwischen 2003 und 2004 im MD Anderson Cancer Center verstarben. In der Zusammenfassung aus dem Abstract steht geschrieben, dass die Patienten sehr unterschiedlich häufig durch einen palliativmedizinischen Konsiliardienst mitbehandelt wurden, dass jedoch die Patientengruppe, die eine Mitbehandlung



erhielten, insgesamt weniger Krankenhauskosten verursacht hätte. Auch Smith errechnete im Jahre 2009, dass die Hinzuziehung eines palliativen Konsiliardienstes einem Krankenhaus hinsichtlich des kompletten Krankenhausaufenthaltes Kosten erspart, indem Kosten vermieden würden. Palliativpatienten würden z.B. seltener auf der Intensivstation behandelt und bekämen weniger kostenintensive Untersuchungen. Bezogen auf das 750 Betten-Krankenhaus des Autors in Virginia, wird hypothetisch ausgerechnet, dass, wenn der palliativmedizinische Dienst 50% der entsprechenden Palliativpatienten sehen würde und damit die Aufenthaltsdauer um 0,5 Tage reduzieren könnte, errechnete sich eine Verkürzung der Liegedauer von 3.800 Tagen/Jahr und eine Kostenersparnis von 2.500.000 Dollar/Jahr (47).

## **2.14 Einflussnahme bei der Symptomkontrolle**

Menschen mit unheilbaren Erkrankungen, seien es onkologische oder nicht-onkologische, haben ähnliche Symptome (25) (48). Im Vordergrund stehen Schmerzen, Luftnot, Schwäche, Übelkeit, Inappetenz, Angst, Verwirrtheit, Überforderung der Familie, sozialer Rückzug und Probleme mit der weiteren Versorgung.

Eine große Belastung stellen für andere Fachabteilungen Schmerzen und das Sterben eines Patienten dar.

## **2.15 Schmerztherapie**

Das Beherrschen der Tumorschmerztherapie erfordert ein umfangreiches Wissen über vielfältige Therapieansätze. Auch die häufig bestehenden neuropathischen Schmerzkomponenten (Nervenschmerzen) müssen erkannt und entsprechend therapiert werden. Susanne Krome bringt es im Jahre 2011 auf den Punkt: „Eine gute Schmerztherapie ist durch die exakte Analyse von Ursache und Charakter, korrekte Einstufung in das WHO-Stufenschema, eine gute psychologische Begleitung, Ausnutzung sinnvoller Komplementärmaßnahmen und funktionierende Netzwerke gekennzeichnet“ (49). Diese Kenntnisse gehören zur Kernkompetenz eines Palliativmediziners, sodass die umgesetzten Empfehlungen im Rahmen einer konsiliarischen Mitbehandlung nicht nur Patienten Erleichterungen bringen, sondern dieses Wissen auch auf anderen Stationen weiterverbreitet wird. Gaertner et al.

untersuchten mehrfach den Einfluss einer palliativmedizinischen Behandlung bei Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen und fanden in einer retrospektiven Untersuchung heraus, dass 66,8% der palliativmedizinisch behandelten Patienten Opiate erhielten. In der Kontrollgruppe waren es nur 55,3% der Patienten (50). In Köln erhielten, nach Beginn einer palliativmedizinischen Behandlung durch einen palliativmedizinischen Konsiliardienst, 34% mehr Patienten eine adäquate opiathaltige Bedarfsmedikation, um Durchbruchschmerzen zu lindern (51). Auch die Arbeitsgruppe um Centeno belegt die erfolgreiche Einflussnahme auf die Schmerzbehandlung bei onkologischen Patienten (52).

## **2.16 Sterbephase**

Obwohl viele Menschen ihr Lebensende lieber in der gewohnten Umgebung verbringen würden, sterben in Deutschland ca. 47% der Menschen im Krankenhaus (53) (54). Die Ergebnisse der als SUPPORT Studie bekannten Veröffentlichung zeigten, dass in den letzten drei Lebenstagen starke Schmerzen, Luftnot und Angst bei bis zu 50% der Patienten vorkommen (55). In der Literatur finden sich verschiedene Berechnungen, wie viele Patienten in der Sterbephase eine palliativmedizinische Behandlung benötigen. Die Zahlen reichen von 37-82% (56). Der Konsiliardienst kann die Situation vor Ort erleichtern, indem er mit dem betreuenden Team mögliche Verläufe, Komplikationen und Maßnahmen bespricht sowie anwesenden Angehörigen zu erwartende Veränderungen erklärt. Die Bedürfnisse des Einzelnen in der Sterbephase variieren stark. Murtagh nennt es daher, die Bereitschaft ärztlicherseits einen Perspektivwechsel vorzunehmen. „Weg von der Krankheit, die wir sehr gut kennen, hin zur Person, von der wir viel weniger wissen“ (57).

## **2.17 Palliativmedizinische Versorgungsstrukturen im Saarland**

Im Saarland gibt es 4 Palliativstationen, 4 stationäre Hospize, sowie ein flächendeckendes ambulantes Netzwerk der allgemeinen und spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (AAPV und SAPV) (58).

## **2.18 CaritasKlinikum Saarbrücken St. Theresia**

### **2.18.1 Historie**

Umgangssprachlich wird die Caritasklinik in Saarbrücken meistens „das Rastpfuhl-Krankenhaus“ genannt. Als solches wurde es im Jahre 1900 gegründet. Sowohl der Name als auch die Trägerschaft wechselten im Laufe der Jahre mehrfach. Im Jahre 1971 erfolgte die Einweihung eines Krankenhausneubaus und die Umbenennung in die Caritasklinik St. Theresia. Nach dem Zusammenschluss mit dem Krankenhaus St. Josef Saarbrücken Dudweiler im Jahre 2011, lautet der Name CaritasKlinikum Saarbrücken St. Theresia.

Seit 1993 wird das Krankenhaus von der Caritas Trägergesellschaft Saarbrücken geführt und ist als Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität des Saarlandes anerkannt.

### **2.18.3 Palliativmedizinische Versorgung am CaritasKlinikum Saarbrücken St. Theresia**

Das CaritasKlinikum Saarbrücken St. Theresia ist ein Verbundkrankenhaus mit 2 Standorten: Saarbrücken und Dudweiler. Unter einem Dach finden sich dort Kliniken für Allgemein-, Visceral- und Thoraxchirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie, Gefäßchirurgie, Frauenklinik und Neonatologie, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie, Gastroenterologie, Kardiologie, Interventionelle Kardiologie und Angiologie, Hämatologie und Onkologie, Palliativmedizin, Neurologie, Schmerztherapie, Urologie, Radioonkologie/Strahlentherapie, Anästhesiologie und Intensivmedizin sowie das Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie (59).

Die Palliativstation sowie der Konsiliardienst arbeiten in Saarbrücken. Die Station wurde im Jahre 2002 zunächst als Sektion der Onkologie gegründet. Inzwischen ist es eine eigenständige Klinik für Palliativmedizin.

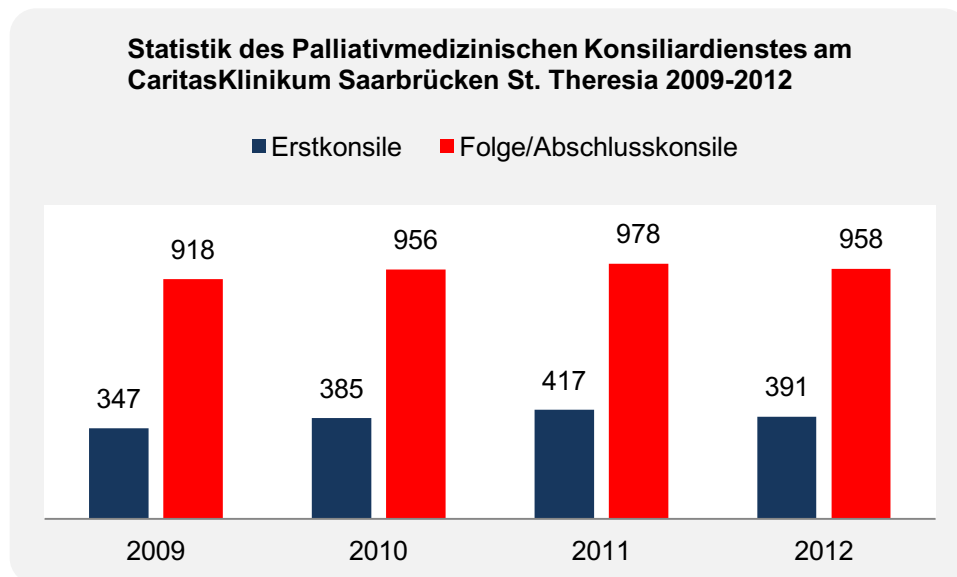
Die Behandlung auf der Palliativstation des CaritasKlinikums Saarbrücken St. Theresia bedeutet, dass sich ein multiprofessionelles Team, bestehend aus Ärzten, Pflegenden, Seelsorgern, Psychologen und Ehrenamtlichen, um die Behandlung von Patienten

kümmert. Erweitert wird das therapeutische Angebot durch Musik- und Kunsttherapeutinnen. Die Station wurde im Jahre 2002 mit zehn Betten eröffnet und 2013 um fünf Betten erweitert.

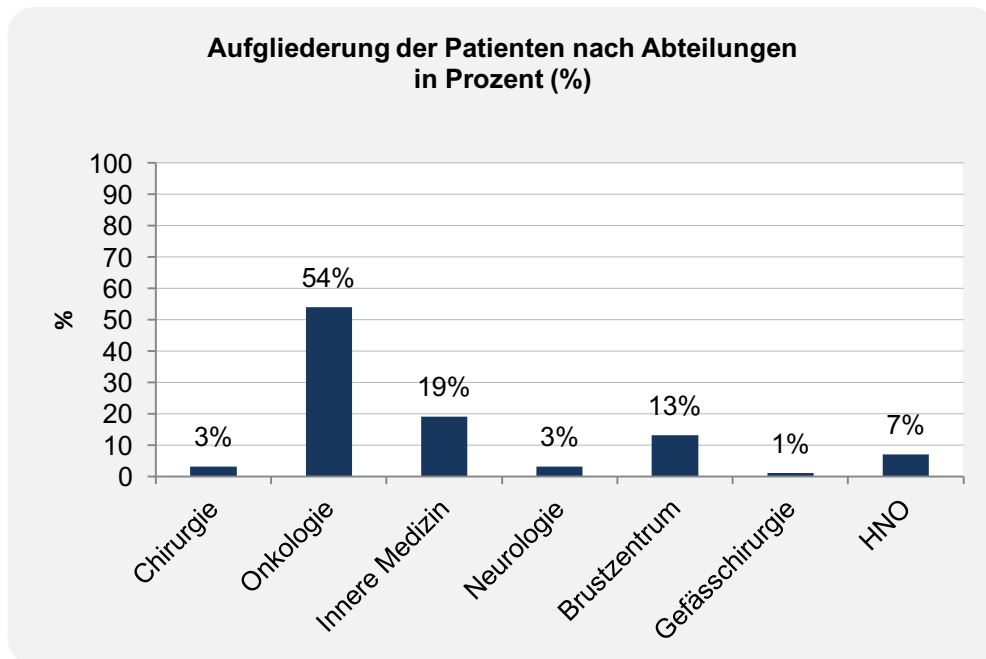
#### 2.18.4 Entstehung des Palliativmedizinischen Konsiliardienstes

Bis 2008 wurden ärztliche Konsile auf anderen Stationen durchgeführt. Es zeigte sich schnell ein größerer Bedarf an palliativmedizinischer Beratung mit der Notwendigkeit einer kontinuierlichen Mitbehandlung von Patienten.

Im April 2008 erfolgte die Implementierung eines palliativmedizinischen Konsiliardienstes. Dieser begann mit einer halben Pflegekraftstelle (0,5 VK) und einer halben Arztstelle. Bereits 2009 erfolgte bei 347 Patienten ein Erstkonsil. Insgesamt wurden 918 Folge- und Abschlusskonsile durchgeführt. Inzwischen wurde die Stelle der Pflegekraft auf 90% aufgestockt. Für das Projekt „Implementierung eines multiprofessionellen palliativmedizinischen Konsiliardienstes“ erhielt die Caritas-Klinikum Saarbrücken St. Theresia 2009 den Friederike-Fliedner-Pflegepreis des Saarlandes vom Ministerium für Justiz, Arbeit, Gesundheit und Soziales.



Grafik: 3



Grafik: 4

### **2.18.5 Arbeitsweise des Palliativmedizinischen Konsiliardienstes am CaritasKlinikum Saarbrücken St. Theresia**

Der palliativmedizinische Konsiliardienst wird von Ärzten anderer Abteilungen schriftlich oder telefonisch angefordert. Das Erstassessment wird gemeinsam vom Palliativmediziner und der Pflegekraft erhoben. Dringende Maßnahmen werden umgehend mit dem zuständigen Stations- oder Oberarzt sowie der Pflege besprochen. Anschließend erfolgt eine schriftliche Antwort auf die zuvor gestellte Fragestellung auf einem Antwortbogen, der allen Interessierten sowohl im Intranet zeitnah zur Verfügung steht als auch bislang ausgedruckt über die Hauspost zugestellt wird. Je nach Fragestellung, Symptomlast und weiterem Verlauf der Erkrankung erfolgen tägliche Folgekonsile, die anschließend alle schriftlich fixiert werden. Beide Berufsgruppen entscheiden, ob und welche Mitarbeiter weiterer Professionen zur adäquaten Behandlung des Patienten hinzugezogen werden könnten. Alle Vorschläge z.B., ob ein Seelsorger gewünscht wird oder eine sozialrechtliche Beratung erforderlich ist, werden mit dem Patienten und der Station abgesprochen. Einmal wöchentlich findet eine Sitzung statt, an der der Sozialdienst, die Seelsorge und das Team des Konsiliardienstes teilnehmen, um alle gemeinsamen Patienten zu besprechen.

Patienten erhalten nach dem Erstkontakt eine Visitenkarte des Konsiliardienstes mit Namen und Telefonnummern, um bei Fragen Ansprechpersonen zu haben. Vor der Entlassung eines Patienten werden Kontakte zu ambulanten Diensten hergestellt und bei vorliegenden schwerwiegenden Symptomkomplexen die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) verordnet. Bei sehr komplexen Krankheitssituationen wird eine Übernahme auf die Palliativstation angestrebt.

### **3 Fragestellungen**

- a. Wie gut ist die Versorgungsqualität durch den palliativmedizinischen Konsiliardienst unter den Aspekten Akzeptanz des Dienstes und Zufriedenheit mit dem Antwortbogen?
- b. Kann es gelingen, im Saarland einheitliche Kriterien für eine frühzeitige standardisierte Integration der Palliativmedizin in das Behandlungskonzept onkologischer, internistischer und neurologischer Patienten zu erstellen?

### **4 Material und Methodik zur Überprüfung des Palliativmedizinischen Konsiliardienstes**

Mit Hilfe eines strukturierten Fragebogens erfolgten Interviews in allen Hauptfachabteilungen mit einem Hauptverantwortlichen Arzt (Chefarzt oder Oberarzt) und einem Assistenzarzt. Die Interviews wurden alle von mir persönlich durchgeführt. Aufgrund der Empfehlungen zur Messung der allgemeinen Zufriedenheit wurde eine asymmetrische fünfstufige Skala gewählt, bei der alle Skalenpunkte benannt sind (60). Neben vorgegebenen Antwortmöglichkeiten, gab es die Möglichkeit, auf alle Fragen zusätzlich eigene Meinungen zu äußern. Dieses wurde im Freitext notiert.

Bei der Auswertung der Antworten wurden die zwei jeweils ersten Antwortmöglichkeiten wie sehr gut/gut, sehr zufrieden/eher zufrieden und immer/oft zusammengefasst.

#### **4.1 Hintergrund der Fragen**

Auf den Anforderungen zur Einschaltung des Konsiliardienstes, erscheint häufig keine konkrete Fragestellung. Meistens wird sehr allgemein die Bitte der Mitbetreuung oder

die Bitte der Übernahme auf die Palliativstation formuliert. Die **erste Frage des Interviews** zielt auf die Gründe, warum der Konsiliardienst gerufen wird, da die Indikation für den Dienst und die Abgrenzung zu anderen Diensten oft nicht ausreichend unterschieden wird.

In der **zweiten Frage** werden Ärzte gefragt, ob auch die Pflege berechtigt sein sollte, den Dienst anzufordern. Pflegende verbringen bedeutend mehr Zeit am Patientenbett als Ärzte und erleben die krankheitsbedingten Symptome bei alltäglichen Verrichtungen.

Der **dritte und vierte** Fragenkomplex befasst sich mit der Form und dem Inhalt des Antwortbogens, den der Konsiliardienst ausfüllt, um herauszufinden ob Änderungswünsche bestehen.

Im **fünften** Abschnitt werden konkrete Informationen über die Nutzung des Bogens und die Umsetzung der Empfehlungen im Alltag erhoben.

Für den Konsiliardienst ist eine gute und persönliche Zusammenarbeit essentiell. Die für den Patienten zuständigen Ärzte und die angeforderten Palliativmediziner sollten sich im Gespräch über die aktuellen Probleme des Patienten austauschen und die unterschiedlichen Behandlungsansätze diskutieren. Daher wird bei der **sechsten** Frage nachgefragt, ob eine persönliche Rücksprache gewünscht wird.

Bei den **Fragen 7-9** sollen Kollegen für schwierige Alltagsthemen sensibilisiert werden. Zum einen ging es um eine adäquate Bedarfsmedikation in der Schmerztherapie, zum anderen um eine rechtzeitige und frühzeitigere Einbindung des Dienstes.

## **5 Ergebnisse aus strukturierten Interviews**

In den Hauptfachabteilungen: Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Gynäkologie, Onkologie, HNO, Neurologie, Kardiologie und Gastroenterologie wurden insgesamt 20 Befragungen durchgeführt.

### **5.1 Angaben zu den Befragten**

Die Gruppe der Oberärzte ist durchschnittlich seit über 10 Jahren in der Klinik angestellt, die Assistenzärzte arbeiteten im Durchschnitt seit 3 Jahren im Haus. In der Gruppe der Oberärzte wurden 2 Chefärzte befragt. Einer der Chefärzte hat die Ausbildung zur Zusatzbezeichnung Palliativmedizin abgeschlossen, die Prüfung

jedoch noch nicht abgelegt Die übrigen Befragten verfügen über keine Ausbildung in Palliativmedizin.

## **5.2 Gründe, den Palliativmedizinischen Konsiliardienst anzufordern**

Die Hälfte der Kollegen erbittet den palliativmedizinischen Konsiliardienst zur Hilfestellung bei der Symptomkontrolle.

Die Gruppe der Oberärzte benötigt diese Hilfestellung zu 36%, während die Assistenzärzte die Unterstützung bei der Symptomkontrolle zu 77% wünschen.

Die Einbindung bei der Planung der Entlassung wünschen 64% der Oberärzte und 55% der Assistenzärzte.

Insgesamt verlangen 80% der Kollegen bei der Anfrage an den palliativmedizinischen Konsiliardienst eine Verlegung des Patienten auf die Palliativstation. Oberärzte äußern diesen Wunsch mit 73% etwas seltener als Assistenzärzte mit 88%.

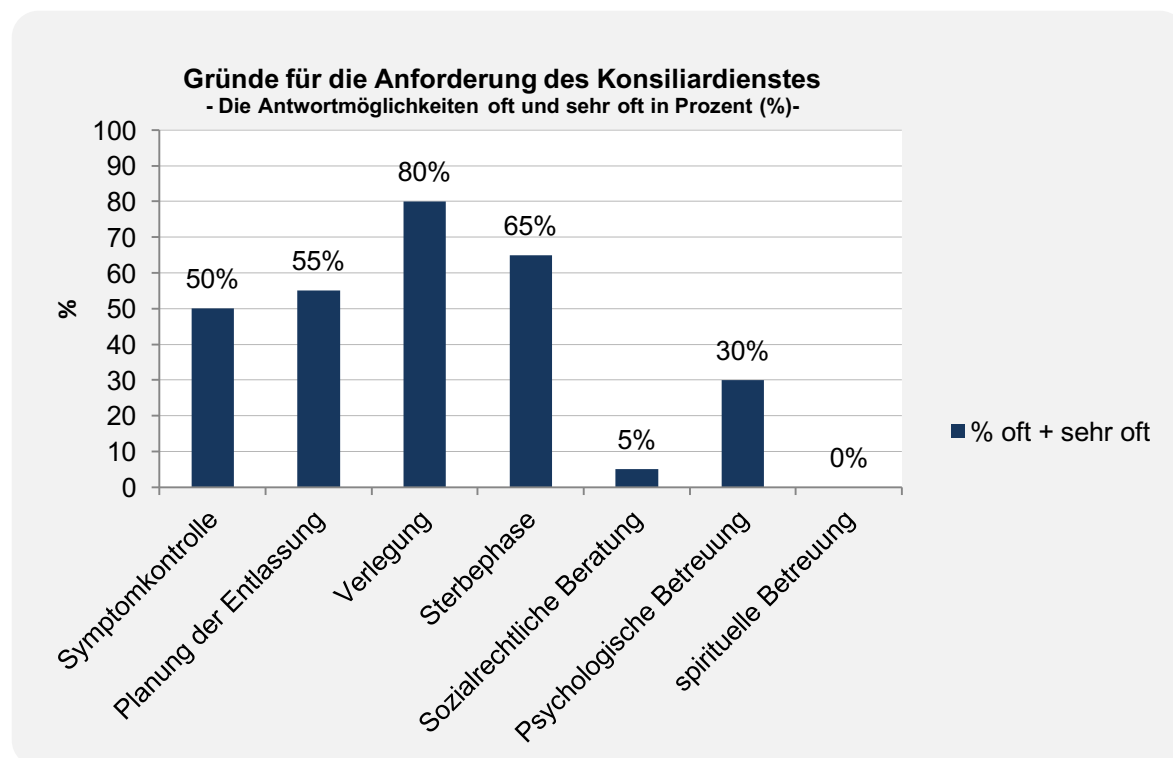
Beide Gruppen wünschen sehr selten den palliativmedizinischen Konsiliardienst zur sozialrechtlichen Beratung (5%). In der Aufteilung zeigt sich, dass Assistenzärzte zu 33% eine sozialrechtliche Beratung durch den palliativmedizinischen Dienst erwarten. Im Vergleich dazu findet sich bei den Oberärzten zu 18% diese Anfrage.

65% aller Befragten möchten, dass der Konsiliardienst in der Sterbephase eines Patienten dabei ist. Mit 36% ersuchen deutlich weniger Oberärzte die Unterstützung in der Sterbephase als die Gruppe der Assistenzärzte mit 56%.

Der palliativmedizinische Dienst wird nicht zur spirituellen Begleitung gerufen.

Die psychologische Betreuung wird in beiden Gruppen bei 30% der Anfragen gewünscht. In der Differenzierung zwischen Oberärzten und Assistenzärzten fällt auf, dass 36% der Oberärzte, jedoch nur 22% der Assistenzärzte eine psychologische Betreuung durch den Dienst anfordern.

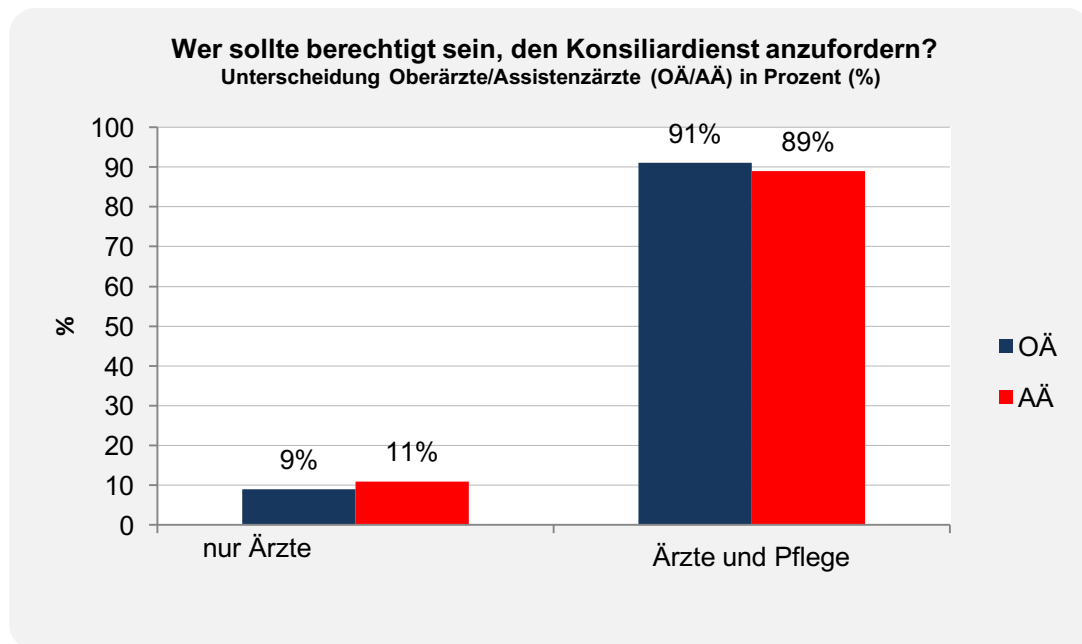




Grafik: 5

### 5.3 Berechtigung der Anforderung

90% der Ärzte waren dafür, dass sowohl Mediziner als auch Pflege den palliativmedizinischen Dienst anfordern sollten. Als Anmerkung wurde mehrfach eine gemeinsame Absprache gefordert, bevor Pflegende den Dienst einfordern.



Grafik: 6

## 5.4 Konsiliarischer Antwortbogen

### 5.4.1 Form des Antwortbogens

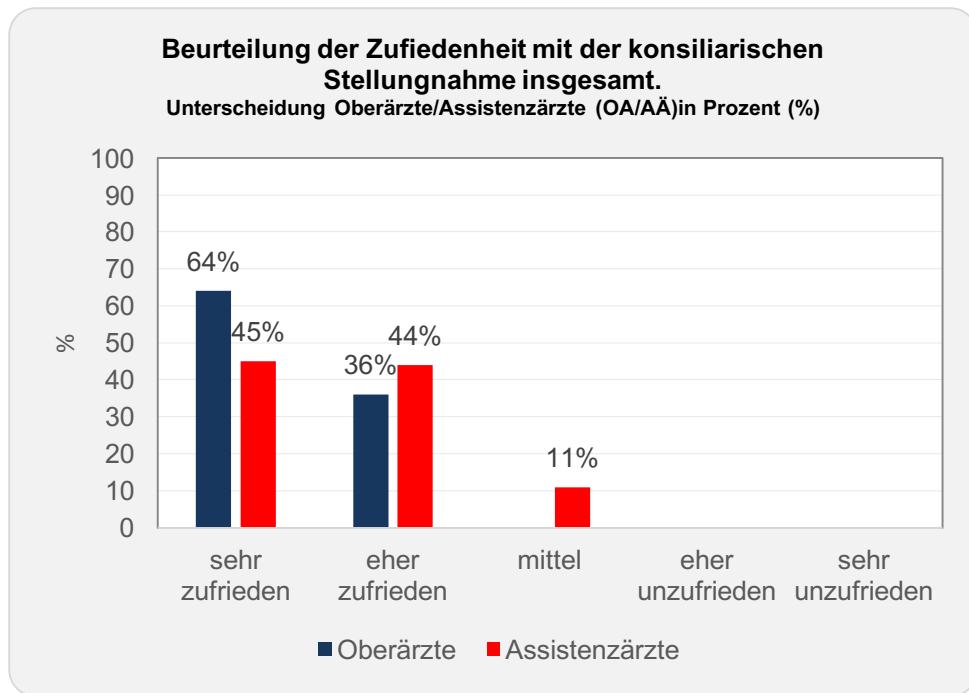
Insgesamt äußern sich die Kollegen sehr zufrieden über den Antwortbogen, den sie nach jedem Patientenkontakt erhalten.

Der Antwortbogen ist für 75% übersichtlich, zu 100% verständlich und vom Umfang zu 95% genau richtig.

Die meisten Kollegen bevorzugten den Antwortbogen sowohl in ausgedruckter als auch in elektronischer Version. 75% sind dankbar über eine zusätzliche persönliche Rückmeldung und schätzen einen kollegialen Austausch im Gespräch über den gemeinsamen Patienten. (Oberärzte 82% versus Assistenzärzte 67%). Den wenigen übrigen Kollegen reicht eine schriftliche Antwort. Sie hätten zu 60% keine Zeit für ein Gespräch, obwohl sie zu 80% erreichbar seien.

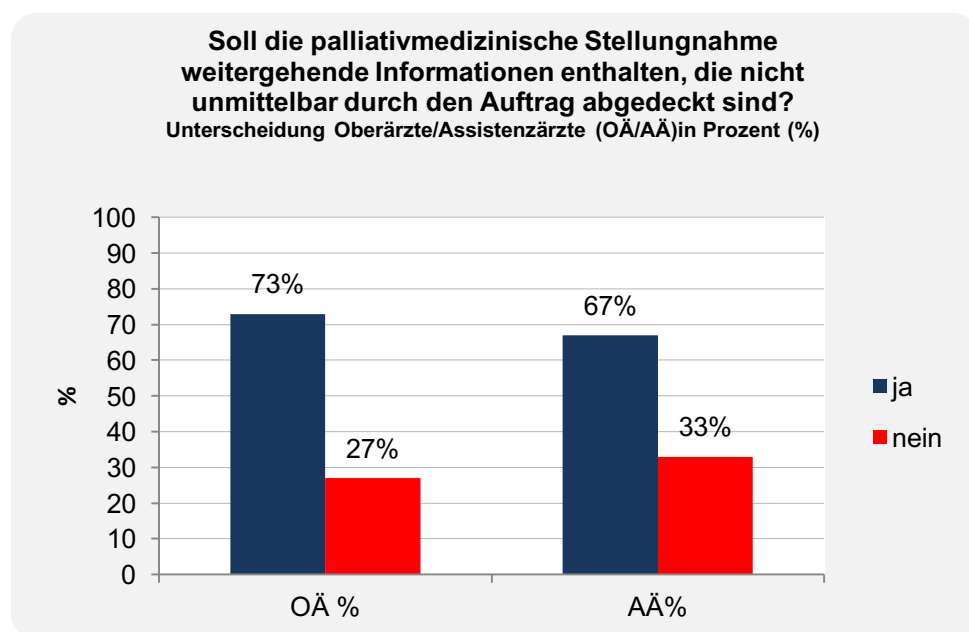
### 5.4.2 Inhalt des Antwortbogens

Der Informationsgehalt wird durchgängig zu über 80% als „sehr gut und gut“ bewertet. 18% der Oberärzte und 11% der Assistenzärzte sind „mittelmäßig“ mit dem Informationsgehalt zufrieden.



Grafik: 7

70% der Kollegen wünschen Informationen, die nicht unmittelbar durch den Auftrag der Konsilanforderung abgedeckt sind. Beide Fraktionen sind zu über 60% „sehr zufrieden“ über die weitergehenden Informationen, die nicht unmittelbar mit der Anfrage abgedeckt sind.

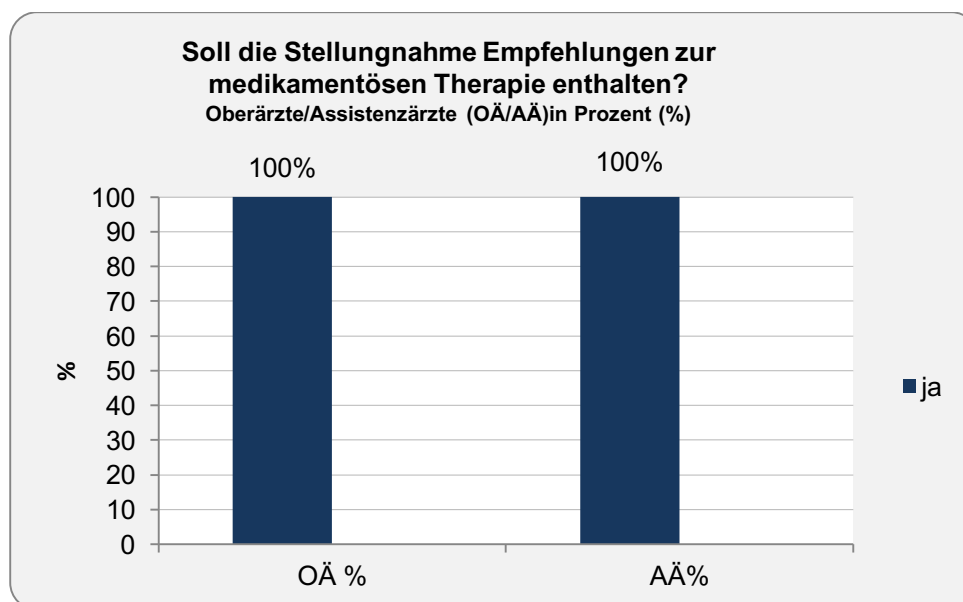


Grafik: 8

Jeder Zweite möchte Einblick in die palliativmedizinischen Assessmentdaten erhalten. Diese Information finden 45% der Oberärzte und 56% der Assistenzärzte wichtig. Oberärzte sind zu 100% „sehr zufrieden und eher zufrieden“ mit den palliativmedizinischen Assessmentdaten. Assistenzärzte in diesen Kategorien zu 60%. 40% sind „mittelmäßig“ mit dieser Information zufrieden.

Beide Gruppen möchten zu 95% Vorschläge für weitergehende Therapien. Oberärzte sind mit je 45% „sehr und eher zufrieden“. Assistenzärzte sind mit 63% „sehr zufrieden“ über erhaltene Vorschläge zu weiterführenden Maßnahmen.

Alle Befragten wünschen eine Empfehlung zur medikamentösen Therapie belastender Symptome und sind mit den Ratschlägen zu 100% „sehr und eher zufrieden“.



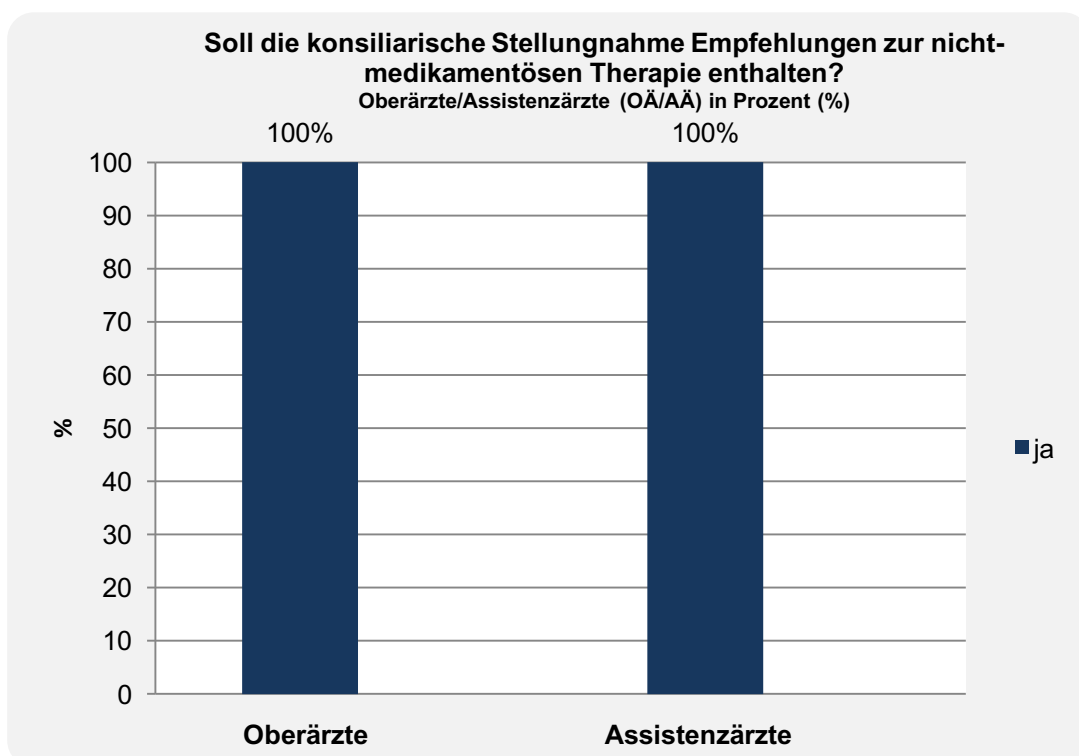
Grafik: 9

Bis auf einen Kollegen wünschen alle eine Stellungnahme zur Opiattherapie. Mit den Empfehlungen sind beide Gruppen, zusammen ausgewertet, 89% „sehr zufrieden“ und 11% „eher zufrieden“. Bezüglich dieser Fragestellung findet sich kein Unterschied zwischen Ober- und Assistenzärzten. Eine so genannte „Bedarfsmedikation“ ist immer

dann erforderlich, wenn Schmerzen zwischendurch und unerwartet auftreten. Auf keiner Station wird eine Bedarfsmedikation im Rahmen einer Opiattherapie am Bett bereitgestellt. Patienten müssen in dieser Situation klingeln und um eine entsprechende Medikation bitten. Es gäbe keine Schwierigkeiten bei der Bereitstellung, aber bis auf eine Ausnahme wird ausgesagt, dass auf ihrer Station kein unretardiertes Opiat als Bedarfsmedikation am Bett bereitstehen dürfe. Über 70% sind sich sicher, dass Patienten im Umgang mit der Bedarfsmedikation Unsicherheiten haben.

Die Stellungnahme zu Koanalgetika bei neuropathischen Schmerzen wünschen ebenfalls 95%. Von dieser Gruppe sind 94% „sehr und eher zufrieden“ mit der erhaltenden Beratung. Bei der Unterscheidung zwischen Oberärzten und Assistenzärzten zeigt sich, dass Oberärzte insgesamt zufriedener mit Empfehlungen zu Koanalgetika sind als Assistenzärzte.

Alle Kollegen möchten Empfehlungen zur nicht-medikamentösen Therapie; 90% sind mit der Beratung zu dieser Thematik „sehr und eher zufrieden“. Hier kristallisiert sich eine höhere Zufriedenheit bei den Assistenzärzten heraus. Bei dem Item „sehr zufrieden“ antworten 45% der Oberärzte versus 67% der Assistenzärzte.



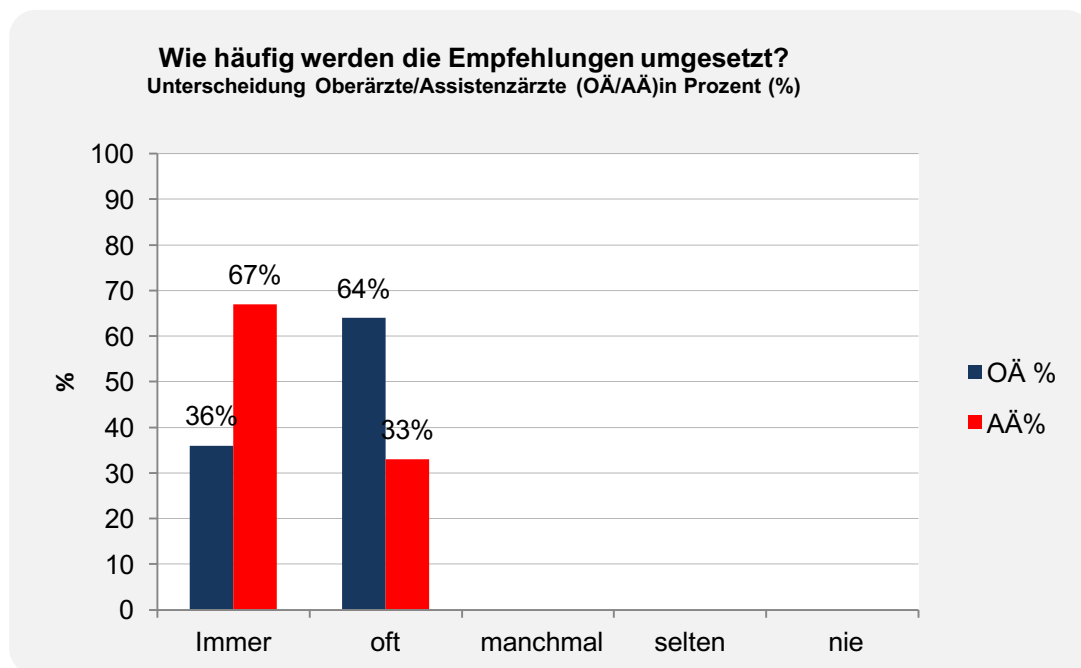
Grafik: 10

60% aller Befragten wünschen weiterführende Informationen, die eine Epikrise, Angaben zur palliativmedizinischen Vorbehandlung, Beratung von Angehörigen und/oder Kontakte zu ehrenamtlichen Helfern zum Inhalt haben. Die Untergruppe, die diese Angaben wünscht, ist zu 100% mit den Antworten „sehr und eher zufrieden“.

#### **5.4.3 Umgang mit dem Antwortbogen**

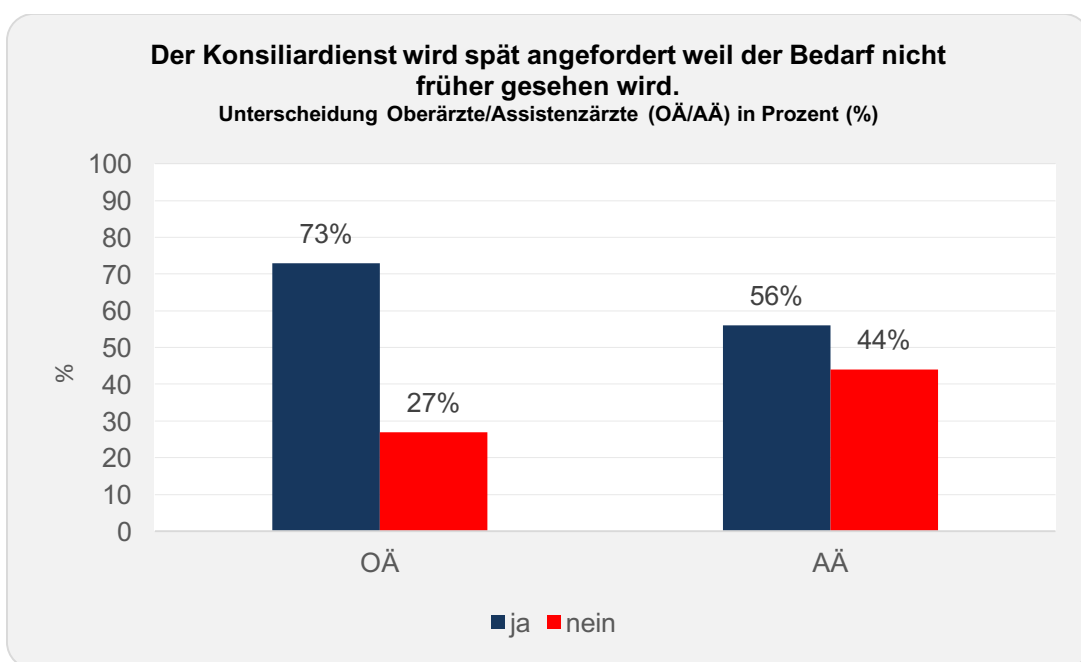
85% lesen den Antwortbogen immer, die restlichen 15% der Kollegen lesen ihn oft. Angeblich lesen Oberärzte den Antwortbogen zu 91% immer, Assistenzärzte geben an, ihn zu 78% immer zu lesen.

Jeweils die Hälfte aller Befragten setzt die Empfehlungen immer um, die anderen 50% oft. Im Vergleich setzen Oberärzte die Empfehlungen des palliativmedizinischen Konsiliardienstes zu 36% immer um. Der Anteil der Assistenzärzte, der die Empfehlungen immer umsetzt liegt bei 67%. Falls die Empfehlungen einmal nicht umgesetzt werden, ist der häufigste Grund, dass andere Therapiekonzepte bevorzugt werden (70%). Assistenzärzte besprechen zu 33% die empfohlenen Maßnahmen mit ihren Vorgesetzten. Die vorhandenen Fachkenntnisse werden zu 80% nicht überfordert.



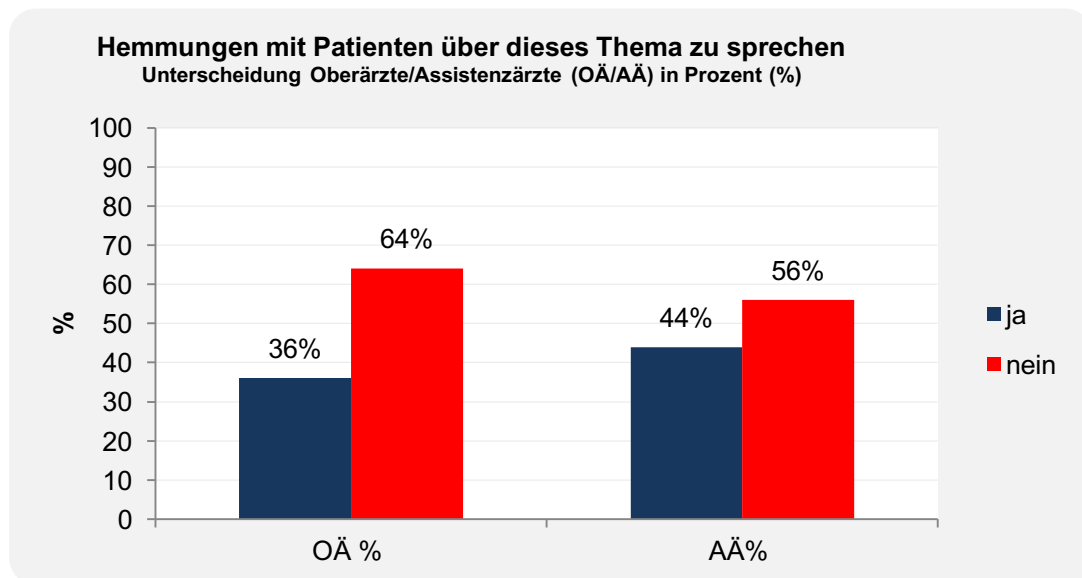
Grafik: 11

Warum der Konsiliardienst erst sehr spät dazu gerufen wird, beantworten 65% der Kollegen damit, dass der Bedarf nicht früher gesehen wird. Insbesondere die Oberärzte geben zu 73% an, den Bedarf für eine palliativmedizinische Mitbehandlung nicht frühzeitiger zu erkennen.



Grafik: 12

Ein weiterer Grund, dass der Dienst erst spät angefragt wird, liegt darin, dass 40% der Ärzte Schwierigkeiten haben, die Thematik mit dem Patienten zu besprechen. Die Auswertung zeigt, dass es Oberärzten etwas leichter fällt, mit Patienten über Palliativmedizin zu sprechen.

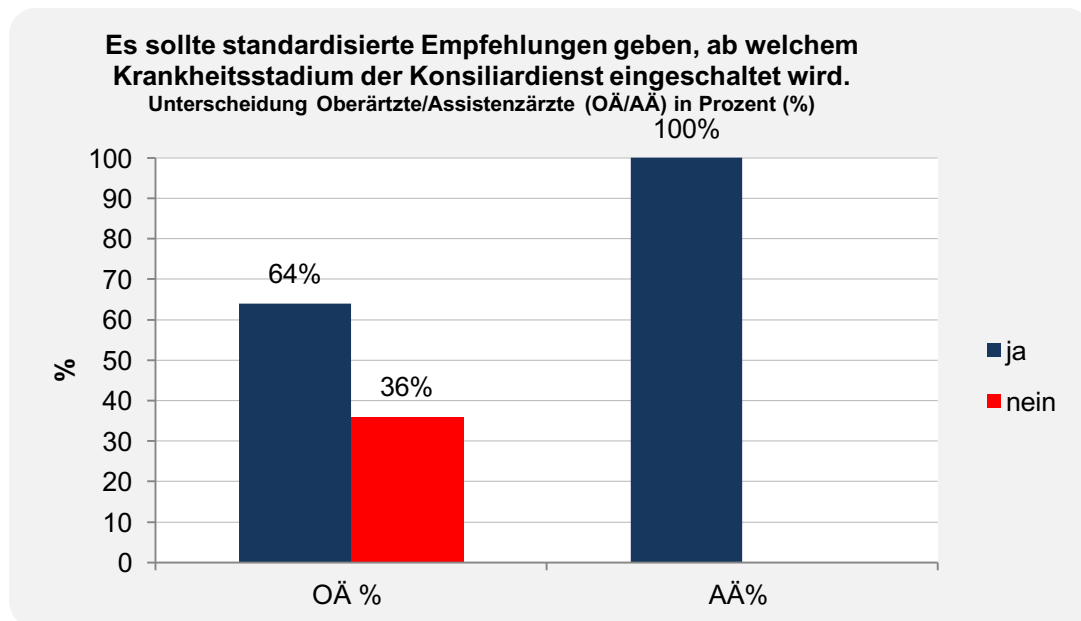


Grafik: 13

Als Verbesserung dieser Situation können sich insgesamt 80% der Befragten standardisierte Empfehlungen vorstellen, ab welchem Krankheitsstadium der Kontakt zum Konsiliardienst hergestellt werden sollte. Dieser Vorschlag wird von 100% der Assistenzärzte bejaht. Oberärzte halten standardisierte Empfehlungen zu 64% für eine sinnvolle Unterstützung.

50% fänden es hilfreich, wenn alle Palliativpatienten in der Tumorkonferenz besprochen würden und 80% fanden die Idee einer gemeinsamen Visite sehr gut, schränkten diese Möglichkeit jedoch aufgrund fehlender Zeit wieder ein.





Grafik: 14

## 5.5 Ergebnis eines saarlandweiten Projektes

Auch im Saarland bestanden keine Richtlinien, ob und wann ein Palliativpatient eine palliativmedizinische Mitbehandlung erhalten sollte. Um diesen Missstand zu ändern, wurden von der Arbeitsgruppe Stationäre Einrichtungen der Landesvertretung Saar der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin standardisierte Kriterien entwickelt, zu welchem Zeitpunkt eine frühzeitige standardisierte Integration von Palliativmedizin in das Behandlungskonzept onkologischer, internistischer und neurologischer Patienten erfolgen sollte. Diese Form der Empfehlungen entwickelte sich aus den Ergebnissen bereits veröffentlichter Erfahrungen (51) und einem praxisorientierten Ansatz der Meinungen von Experten.

## 6 Diskussion

Es ist inzwischen gut untersucht und bewiesen, dass palliativmedizinische Konsiliardienste Behandlungsverläufe von Patienten positiv beeinflussen (61).

Nachdem im Jahre 2002 am CaritasKlinikum Saarbrücken St. Theresia eine Palliativstation eröffnet und 2008 ein multiprofessioneller palliativmedizinischer Konsiliardienst implementiert wurde, sollte in dieser Befragung untersucht werden, ob

der palliativmedizinische Konsiliardienst bei den anfordernden Fachabteilungen anerkannt ist, und wie hoch die Zufriedenheit der Kollegen mit dem Antwortbogen ist, den sie nach jedem Patientenkontakt erhalten, und ob die Kollegen der anderen Fachabteilungen das Leistungsspektrum des Konsiliardienstes kennen und nutzen.

Fünf Jahre nach Beginn seiner Arbeit zeigt sich, dass alle Fachabteilungen des CaritasKlinikums Saarbrücken St. Theresia mit der Arbeit des palliativmedizinischen Konsiliardienstes sehr zufrieden sind.

Bei der Auswertung der Interviews und unter Einbeziehung der Statistik des palliativmedizinischen Konsiliardienstes wurde deutlich, dass es Bereiche gibt, die Kollegen anderer Abteilungen Schwierigkeiten bereiten.

Vielen Kollegen ist nicht bewusst, für welche Patienten der Konsiliardienst gerufen werden sollte.

Nach wie vor wird der Konsiliardienst überwiegend bei der Behandlung von Tumorpatienten hinzugerufen. Kollegen ziehen den Konsiliardienst eher hinzu, wenn abzusehen ist, dass der Patient eine schlechte Prognose hat. Bei der Behandlung von nicht-malignen Erkrankungen ist eine Einschätzung der Prognose viel schwieriger. Diese ist zunächst nachvollziehbar. Nach Murray bestehen typische Krankheitsverläufe, die jedoch den „richtigen“ Zeitpunkt bei Nicht-Tumorpatienten nicht vorhersagen. Der typische Verlauf einer Krebserkrankung ist die rasche Verschlechterung des Allgemeinzustandes mit Gewichtsverlust in den letzten Lebensmonaten. Der 2. Verlauf beschreibt typischerweise Patienten mit Herzinsuffizienz und COPD. Es handelt sich um meist jahrelange Erkrankungsverläufe mit intermittierenden Verschlechterungen durch Exazerbationen und Krankenhauseinweisungen. Der Todeszeitpunkt ist schwer vorhersehbar und erscheint oft „plötzlich“. Der 3. Verlauf ist eine stetige Verschlechterung, z.B. bei Alzheimer Demenz (62).

Dabei erleben Patienten mit nicht-malignen Erkrankungen eine erhebliche Einschränkung ihrer Lebensqualität durch Symptome ihrer Erkrankung. Saleem untersuchte, welche Symptome bei Patienten mit fortgeschrittener Parkinsonkrankheit vorliegen. Die Untersuchung erfolgte mittels „Palliative Outcome Scale“. Dieser Test erfragte 20 Symptome. Im Durchschnitt bestanden 10,7 physische Symptome. Vier Symptome lagen bei über 80% der Patienten vor: Probleme mit den Beinen und beim

Gehen (84%), Schmerz (83%), Fatigue (84%), Müdigkeit am Tag (83%) (63). Higginson bestätigte bereits im Jahre 2012 die vielschichtigen Probleme bei Parkinson Erkrankten und rät zu einem frühzeitigen palliativmedizinischen Assessment (64). Auch Solano zeigte im Jahre 2006, dass Patienten mit AIDS, Herzinsuffizienz, COPD und Niereninsuffizienz vergleichbare Symptome haben wie Patienten mit fortgeschrittenen Tumorleiden. „Also scheine der Weg vorprogrammiert, mit dem Patienten im Verlauf der Erkrankung konfrontiert sind.“ Der Autor kommt zu dem Schluss, dass ein palliativer Behandlungsbedarf für alle Krankheiten besteht, Aspekte des Assessment und der Ausführung jedoch Modifikationen benötigen (25).

Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, den richtigen Zeitpunkt im Verlauf einer Erkrankung für die Mitbehandlung durch einen palliativmedizinischen Konsiliardienst zu erkennen.

Früher wurden palliativmedizinische Maßnahmen eher sequenziell nach Beendigung der spezifischen Therapie begonnen. Dieses Vorgehen ist überholt und wissenschaftlich belegt – nicht zum Vorteil der Patienten.

Bedauerlich ist, dass auch nach Jahren der Implementierung des palliativmedizinischen Konsiliardienstes, keine konsequente Mitbetreuung in der Behandlung von Palliativpatienten, zeitnah zur stationären Aufnahme, in die Wege geleitet wird. Aufklärungsgespräche über die Notwendigkeit, frühzeitiger Kontakt zum Palliativdienst aufzunehmen, resultieren nach wie vor in der sehr willkürlichen Inanspruchnahme. Diese Beobachtung deckt sich mit der Aussage von Hui et al., dass 55% der verstorbenen Tumorkranken während der Behandlung keinen Kontakt zum palliativmedizinischen Dienst hatten (65).

Den Grund dafür sehen die meisten Befragten darin, dass der Bedarf nicht früher gesehen wird. 40% haben Schwierigkeiten, das Thema mit den Patienten zu besprechen.

Nach wie vor werden Krebspatienten eher palliativmedizinische Behandlungsmaßnahmen angeboten, als Patienten mit nicht-malignen Erkrankungen.

Die meisten Menschen versterben jedoch nicht an Krebserkrankungen. Zitat: „Da die meisten Menschen an chronischen Erkrankungen versterben, die oftmals krisenhafte Verschlechterungen im Krankheitsverlauf aufweisen, wird heute der Vorstellung von einem kontinuierlichen Übergang einer heilungszentrierten zu einer

symptomorientierten Therapie ein dem Krankheitsverlauf viel besser entsprechendes dynamisches Therapiemodell entgegengesetzt, das den Einsatz palliativer Therapieverfahren zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Verlauf einer Krankheit vorsieht. Dabei sollten Symptomkomplexe, die krankheitsspezifisch auch wiederholt auftreten können, jeweils als Trigger den Einsatz spezifischer palliativer Behandlungspfade auslösen“ (66). Für Patienten mit chronischen Erkrankungen, deren Prognose nicht eindeutig einzuschätzen ist, entwickelten Boyd et al. Empfehlungen (Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT™), die durch zwei Kardinalfragen getriggert werden. „Liegt eine fortgeschrittene chronische Erkrankung, eine lebensbedrohende Diagnose oder beides vor?“ Wenn diese Frage bejaht wird, folgt die so genannte „Überraschungsfrage“: „Wären Sie überrascht, wenn der Patient in den kommenden 6-12 Monaten versterben würde?“ (67). In der Anwendung zeigt sich, dass innerhalb von 12 Monaten 48% der identifizierten Patienten versterben.

Die Wahl des richtigen Zeitpunktes zur Einbeziehung eines Palliativmediziners während der Erkrankung ist schwierig, den adäquaten Zeitpunkt während des Krankenhausaufenthaltes zu finden, erst recht. Daher stellt sich die Frage, zu welchem Zeitpunkt des Krankenhausaufenthaltes der palliativmedizinische Konsiliardienst gerufen werden sollte?

Für eine effektive Mitbehandlung eines Patienten müssen in der Regel mehrere Tage eingeplant werden. Wenn der palliativmedizinische Konsiliardienst sehr spät gerufen wird und der Patient bereits entlassen werden soll, kann weder eine Vertrauensbasis geschaffen werden, noch eine gute Symptomkontrolle durchgeführt werden. Insbesondere Gespräche über die bestehenden Symptome, den Krankheitsverlauf und die Prognose führen zu einem größeren Verständnis der Erkrankung. Vier Jahre nach der Einführung eines palliativmedizinischen Konsiliardienstes in einem 1.300 Betten Krankenhaus im Nordwesten von England wurde von Jack et al. untersucht, ob Tumorkranken von einer Mitbetreuung profitieren. Heraus kam, dass die Vorgehensweise dieses Konsiliardienstes mit offener Kommunikation über die bestehende Tumorerkrankung und deren Prognose mit einer besseren Krankheitseinsicht einherging (68). Die meisten Menschen wünschen einen offenen Umgang mit einer infausten Prognose. Harding et al. befragten 9.344 Menschen, ob

sie es wissen möchten, falls sie voraussichtlich nur noch ein Jahr zu leben hätten. 73,9% der Befragten bejahten diese Frage (17).

Warum wird der palliative Konsiliardienst angefordert? Aus den Interviewergebnissen lässt sich ablesen, dass sich die Gründe auf wenige Aspekte beschränken.

Die Hauptgründe bestehen im Bereich der Symptomkontrolle, der Begleitung in der Sterbephase und zur Planung der Entlassung bzw. die Bitte der Übernahme auf die Palliativstation. Diese Beobachtungen decken sich mit der Analyse aus Grosshadern (40). Auch die Ärzte der Universität Homburg schätzen den Palliativdienst vor allem aufgrund der Empfehlungen zur medikamentösen Schmerztherapie (69).

Es zeichnet sich ab, dass häufig der Wunsch nach Verlegung auf die Palliativstation geäußert wird. In Köln wurden 1.000 Anfragen analysiert. Zu 46,4% wurde darum gebeten, Patienten auf die Palliativstation zu übernehmen (70).

Neben dem Ziel, Patienten auf der Palliativstation ein anderes Umfeld zu bieten, spiegelt sich in der Bitte um Übernahme auch die Schwierigkeit sich mit Tod und Sterben im Krankenhaus auseinanderzusetzen wider. Welche Auswirkungen die Belastung durch sterbende Patienten genau auf ein Team anderer Fachabteilungen hat, ist nicht untersucht. Es gibt jedoch eine Untersuchung von Monika Müller et al., die aufzeigt wie schwer es für ein Team zu verarbeiten ist, wenn mehr als 4 Patienten pro Woche auf einer Palliativstation versterben (71).

Obwohl alle Befragten mit den Empfehlungen zur Symptomkontrolle zufrieden sind, sollten zeitnah Patienten identifiziert werden, die auf eine Palliativstation verlegt werden sollten.

Gerade bei schwierigen Behandlungssituationen zeigt sich, dass die Koexistenz eines palliativmedizinischen Konsiliardienstes und einer Palliativstation innerhalb des gleichen Krankenhauses erhebliche Vorteile mit sich bringt. Gärtner et al. belegen, dass die Zufriedenheit des Behandlungsteams größer ist, wenn sterbende Patienten oder Patienten mit komplexen Beschwerden auf einer Palliativstation behandelt werden (72).

Kann ein sterbender Patient nicht von der Palliativstation übernommen werden, wünschen die überwiegende Anzahl der Assistenzärzte die Unterstützung des Konsiliardienstes. Oberärzte benötigen diese Hilfestellung seltener. Assistenzärzte

profitieren vom Austausch mit dem palliativmedizinischen Konsiliardienst über erforderliche Anpassungen der laufenden Behandlung, Therapiezieländerungen, Gespräche mit Patienten, Angehörigen und Pflege über zu erwartende Symptome und den Umgang mit Angehörigen, wenn ein Patient auf der Station verstorben ist (42).

Interessant ist, dass der palliativmedizinische Konsiliardienst auch zur psychologischen Betreuung von Palliativpatienten gerufen wird. Kein Mitarbeiter des Dienstes verfügt über eine psychoonkologische Ausbildung. Die im Krankenhaus tätigen Psychologen wiederum verfügen nicht über ausreichende Kapazitäten. Kollegen anderer Abteilungen erleben jedoch Patienten, die existentielle Ängste haben und mit schwerwiegenden Diagnosen und Befunden konfrontiert sind. In diesen Situationen profitieren Patienten von zusätzlichen Gesprächen mit dem palliativmedizinischen Konsiliardienst. (68)

Das Leistungsspektrum des palliativmedizinischen Konsiliardienstes unterscheidet sich vom Beratungsangebot des Sozialdienstes. Dass der Dienst sehr selten zur sozialrechtlichen Beratung gerufen wird, lässt darauf schließen, dass dieser Unterschied den Assistenz- und Oberärzten ausreichend bekannt ist, und sie um die ausgezeichnete Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen wissen. Im Rahmen einer wöchentlichen Sitzung, an dem der Sozialdienst, das Team des palliativmedizinischen Konsiliardienstes und das Seelsorge-Team teilnehmen, werden alle gemeinsamen Patienten bezüglich eines individuellen und an die Erfordernisse angepassten Entlassungsmanagements besprochen. In enger Absprache unterstützt der Palliativdienst durch Vernetzungen zu ambulanten palliativen Strukturen das Entlassungsmanagement des Sozialdienstes.

Wer fordert dem Konsiliardienst an?

Bislang ist es eine alleinige ärztliche Aufgabe, den palliativmedizinischen Konsiliardienst anzufordern. 90% der befragten Ärzte sind jedoch der Meinung, dass es auch der Berufsgruppe der Pflege erlaubt sein sollte, den Dienst für einen Palliativpatienten rufen zu dürfen. Diese Konsiliaranforderung sollte allerdings vorher abgesprochen werden. Es gibt innerhalb der Berufsgruppen unterschiedliche Wahrnehmungen und Identifizierung eines Patienten als Palliativpatienten (20).

Es wäre zu untersuchen, ob durch die Hinzuziehung der Pflege als Anfordernde mehr oder andere Palliativpatienten erkannt werden, und ob das Spektrum der palliativmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten weiter ausgeschöpft würde. Insbesondere die Vermittlung nicht-medikamentöser Maßnahmen fällt in den Bereich pflegerischer Expertise.

Die Umfrage zeigte deutlich, dass die Stellungnahme des palliativmedizinischen Konsiliardienstes in Form eines Antwortbogens in allen Abteilungen sehr geschätzt wird. Die verständliche Sprache und der Umfang werden als besonders positiv hervorgehoben. Die Akzeptanz spiegelt sich in der großen Zufriedenheit über die Ratschläge zur medikamentösen Therapie wider. Diese Empfehlungen werden überwiegend umgesetzt. Hier besteht kein Anlass einer Änderung. Diese Beobachtung deckt sich mit der Schilderung von Manfredi et al., die innerhalb eines Beobachtungszeitraums von 15 Monaten 6 verschiedene Aspekte der Arbeit eines palliativmedizinischen Konsiliardienstes untersuchten und herausfanden, dass der Dienst durchschnittlich 4,2 Empfehlungen pro Patient aussprachen, die danach zu 91% umgesetzt wurden (73).

Verbesserungsbedarf besteht in der Darstellung des Informationsgehaltes, insbesondere zu Themen, die nicht unmittelbar durch die Fragestellung der anfordernden Kollegen abgedeckt sind. Ein vollständiger Gesamteindruck eines Patienten kann nur gelingen, wenn sowohl Daten zur Person und zum Krankheitsverlauf vorhanden sind als auch Wissen um das soziale Umfeld und den Umgang seitens des Patienten und der Familie mit der Erkrankung. Bislang erhalten Kollegen eine Zusammenfassung der palliativmedizinischen Anamnese. Die Auswertung zeigt, dass nicht alle Kollegen mit diesem Resümee zufrieden sind. Ein Ergebnis dieser Arbeit muss also die Neugestaltung des Antwortbogens sein, mit dem Ziel, dass Kollegen Zugang zu allen erhobenen palliativmedizinischen Daten haben.

Der Antwortbogen des palliativmedizinischen Konsiliardienstes erscheint am Tag des Patientenkontaktes im Intranet der Klinik und wird von allen Kollegen gelesen. Die enthaltenen Empfehlungen werden selten aufgrund eines anderen Therapiekonzeptes nicht ausgeführt. Assistenzärzte sprechen sich erwartungsgemäß mit ihren Vorgesetzten ab.

Wenn der Antwortbogen erstellt ist, möchten 50% den Antwortbogen sowohl ausgedruckt als auch in elektronischer Form. Alle Kollegen haben die Möglichkeit, sich den Bogen auszudrucken. Die bisherige Praxis, den Antwortbogen immer über die Hauspost zu versenden, sollte aus Kostengründen und Arbeitsaufwand zukünftig unterbleiben.

Parallel zur schriftlichen Antwort wünschen 75% der Kollegen eine persönliche Rückmeldung. Im Alltag werden alle dringenden Maßnahmen umgehend mit dem zuständigen Arzt besprochen. Die Antworten weniger Kollegen ergeben, dass sie, obwohl im Alltag erreichbar, ein persönliches Gespräch als zu zeitaufwendig erachten und die schriftliche Antwort bevorzugen. Dieses Problemfeld eines Konsiliardienstes hat sich seit Jahrzehnten nicht geändert und wurde schon von Bates et al. Im Jahre 1982 als besondere Herausforderung beschrieben (42).

Das Team des Konsiliardienstes braucht Geduld und eine überdurchschnittliche Kommunikationsfähigkeit, um eine gute Zusammenarbeit zu etablieren und aufrechtzuerhalten.

Sehr hervorzuheben ist Unterschied im Umgang zwischen medikamentösen und nicht-medikamentöse Empfehlungen.

Sobald der palliativmedizinische Dienst zur Schmerztherapie gerufen wird besteht ein allgemeiner Konsens, dass die ausgesprochenen Empfehlungen sehr gut sind.

Alle Ärzte wollten in der Umfrage ebenfalls Empfehlungen zur nicht-medikamentösen Therapie erhalten, waren aber mit den Antworten weniger zufrieden, als mit den Empfehlungen zur medikamentösen Therapie.

Patienten wiederum ziehen einen bedeutenden Nutzen aus nicht-medikamentösen Maßnahmen. Positive Effekte lassen sich durch Lagerung, Atemtraining und Handventilatoren bei Luftnot erzielen (74). Das Spektrum umfasst weiterhin stimulierende oder beruhigende Düfte zur Körperpflege, das Erschaffen einer ästhetischen, sicheren und freundlichen Umgebung oder die Durchführung von Ritualen, um nur einige zu nennen (75). Eine mögliche Interpretation der eher ablehnenden ärztlichen Haltung, besteht darin, dass dieses umfangreiche Arsenal an nicht-pharmakologischen Tätigkeiten im Klinikalltag der Pflege überlassen ist.



Die Interviews verdeutlichen, welche Probleme Ärzte anderer Fachrichtungen haben, den palliativmedizinischen Konsiliardienst anzufordern. Lösungsvorschläge würden gerne angenommen.

Um eine frühzeitigere Mitbehandlung zu erreichen, würden 80% der Interviewteilnehmer eine gemeinsame Visite bei Palliativpatienten als sehr hilfreich empfinden. Eine gemeinsame Visite erfordert eine gute Absprache und wird aufgrund fehlender Zeit – meiner Einschätzung nach – nicht bei jedem Palliativpatienten umzusetzen sein. Da jedoch 80% der Kollegen diesen Vorschlag als hilfreich einschätzen, sollte diese Idee so oft wie möglich in die Tat umgesetzt werden.

Die bereits etablierte wöchentliche Tumorkonferenz bietet eine Plattform, das Vorgehen bei onkologischen Palliativpatienten zu besprechen. 50% der Interviewten befürworteten diese Alternative. Die übrigen wiesen zu Recht auf ihre nicht-onkologischen Patienten hin, die im Tumorboard nicht besprochen werden.

80% der Befragten fänden standardisierte Empfehlungen hilfreich, die eine regelmäßige Mitbetreuung anhand des Krankheitsstadiums festlegt. Das Bestreben, nicht sequentiell, sondern verzahnend frühzeitig im Gesamtbehandlungskonzept eingebunden zu sein, ist weltweit Ziel onkologischer und nicht-onkologisch tätiger Palliativmediziner (32) (76) (24). Im Saarland wurden im Jahre 2012, im Konsens stationär arbeitender Palliativmediziner von fünf Kliniken, Empfehlungen zur „frühzeitigen standardisierten Integration von Palliativmedizin in das Behandlungskonzept onkologischer, internistischer und neurologischer Patienten“ entwickelt und als Flyer gedruckt. Dadurch wurde ein Instrument geschaffen, das helfen soll, eine palliativmedizinische Mitbehandlung für jeden Palliativpatienten zu ermöglichen.

## **7 Schlussfolgerung**

Die aktuellen Empfehlungen der American Society of Clinical Oncology (ASCO) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur frühzeitigen Integration einer palliativmedizinischen Behandlung in den Behandlungspfad eines unheilbaren Patienten werden im Alltag nicht stringent umgesetzt. Vor der Veröffentlichung dieser Empfehlungen veröffentlichte Edmonds et al. 2000 eine Untersuchung, die in einem

Londoner Lehrkrankenhaus durchgeführt wurde. Drei Tage wurden alle Patienten des Krankenhauses erfasst, die die Kriterien eines Palliativpatienten erfüllten. 12% aller Patienten wiesen fortgeschrittene Erkrankungen auf. 39% der Patienten litten unter Schmerzen, andere unter Schwäche, Obstipation, Unruhe, Kachexie und Luftnot. Bei 27% bestanden Schwierigkeiten, die Versorgung nach der Entlassung zu organisieren. Ein Ergebnis war, dass nur 30% dieser identifizierten Palliativpatienten mit fortgeschrittenen Erkrankungen dem hausinternen Palliative Care Team bekannt waren (77). Im Jahre 2013 erbrachte eine Untersuchung von 340 Patientinnen einer Gynäkologischen Klinik, dass nur 24% palliativmedizinisch mitbehandelt wurden. Ein progredienter Krankheitsverlauf, mehr als drei erneute stationäre Aufnahmen oder Einweisungen zur Symptomkontrolle waren Parameter, die zur Zuweisung zum palliativmedizinischen Dienst führten (78).

In der vorliegenden Untersuchung ist herauszustellen, dass sich der palliativmedizinische Konsiliardienst innerhalb des CaritasKlinikums Saarbrücken St. Theresia eine hohe Akzeptanz erarbeitet hat und die im Antwortbogen mitgeteilten Empfehlungen umgesetzt werden. Die befragten Kollegen haben jedoch zu über 90% keine Ausbildung in Palliativmedizin und schöpfen das umfangreiche Spektrum der palliativmedizinischen Expertise bislang nicht vollständig aus. Es wäre wünschenswert, dass bei Patienten mit komplexen Krankheitsverläufen zügiger eine Kontaktaufnahme zum Konsiliardienst erfolgt, um damit eine Verlegung auf die Palliativstation zur spezialisierten stationären Behandlung veranlasst werden kann.

Durch eine erforderliche Umgestaltung des Antwortbogens kann in Zukunft jeder Arzt, der den palliativmedizinischen Dienst anfordert, Einblick in die palliativmedizinischen Assessmentdaten erhalten. Eine ausschließliche Dokumentation im Intranet wird zur Verlaufskontrolle und damit ebenfalls zur Qualitätskontrolle wertvolle Daten liefern.

Der wichtigste Punkt ist, dass der Dienst frühzeitiger und nach standardisierten Empfehlungen in das Gesamtbehandlungskonzept von Palliativpatienten eingebunden werden sollte.

Es gibt viele Erkrankungen, die chronisch verlaufen, nicht zu heilen sind und je nach Verlauf mit belastenden Symptomen einhergehen. Die Krankheitsursachen sind heterogen. Neben Karzinomerkrankungen, verursachen internistische und neurologische Krankheitsbilder deutliche Einschränkungen der Lebensqualität. Alle

Erkrankungen bedürfen der leitliniengerechten Behandlung durch den jeweiligen Facharzt. Es besteht allgemeiner Konsens, dass bei fortgeschrittenen Erkrankungen insbesondere bei Tumorerkrankungen die Palliativmedizin ihren festen Stellenwert hat. Zu welchem Zeitpunkt eine palliativmedizinische Mitbetreuung starten sollte, ist derzeit nicht standardisiert. Die Studienergebnisse von Jennifer Temel zur frühzeitigen Einbindung eines Palliativmediziners in die Behandlung des metastasierten Bronchialkarzinoms, wurden weltweit beachtet und werfen die Frage der Übertragbarkeit auf andere chronisch, letal verlaufende Erkrankungen auf. Diese Problematik wurde im Saarland von der Arbeitsgruppe „Stationäre Einrichtungen“ der Landesgruppe DGP Saar diskutiert und es fokussierte sich der Entschluss, Empfehlungen zur frühzeitigen Integration von Palliativmedizin zu erarbeiten.

Hervorzuheben ist die landesweite Zusammenarbeit palliativtätiger Kollegen aus Palliativstationen, Palliativdiensten und anderen Abteilungen. Die übergeordnete Intention war es, unter Berücksichtigung bereits vorhandenen Wissens (38) (23), verständliche und nachvollziehbare Empfehlungen für nicht-palliativmedizinische tätige Abteilungen und niedergelassene Ärzte im gesamten Saarland einzuführen. Es besteht der Wunsch, Patienten und Angehörigen sowohl eine spezifische Therapie der jeweiligen Erkrankung als auch eine optimale Symptomkontrolle zu bieten. Bei Einbeziehung einer palliativmedizinischen Mitbehandlung zum Zeitpunkt der genannten Kriterien, bekommen Patienten und Angehörige die Möglichkeit, sich ausreichend auf das Fortschreiten ihrer Erkrankung vorzubereiten und über ambulante und stationäre Strukturen informiert zu sein.

Innerhalb eines Jahres konnten landesweit einheitliche Kriterien zur frühzeitigen standardisierten Integration der Palliativmedizin in das Behandlungskonzept onkologischer, internistischer und neurologischer Patienten entwickelt werden. Diese Empfehlungen stehen allen Interessierten in Form eines Flyers zur Verfügung.

Es wird weitere Forschung benötigt, um die Effektivität dieser Empfehlungen zu überprüfen.

## 8 Literaturverzeichnis

1. **Radbruch L, Payne S.** Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1. *Z Palliativmed.* 2011;12:216-227.
2. **Pastrana T, Jünger S, Ostgathe C, Elsner F, Radbruch L.** A matter of definition--key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliat Med* . 2008 Apr;22(3):222-32.
3. **Hui D, De La Cruz M, Mori M, Parsons HA, Kwon JH, Torres-Vigil I, Kim SH, Dev R, Hutchins R, Liem C, Kang DH, Bruera E.** Concepts and definitions for "supportive care," "best supportive care," "palliative care," and "hospice care" in the published literature, dictionaries, and textbooks. *Support Care Cancer.* 2013 Mar;21(3):659-85.
4. **Maciasz RM, Arnold RM, Chu E, Park SY, White DB, Vater LB, Schenker Y.** Does it matter what you call it? A randomized trial of language used to describe palliative care services. *Support Care Cancer.* 2013 Dec;21(12):3411-9.
5. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. [Online]
6. EAPC <http://www.eapcnet.eu/Corporate/AbouttheEAPC/Definitionandaims.aspx>. [Online]
7. DGP <http://www.dgpalliativmedizin.de/>. [Online]
8. **Brennan, F.** Palliative care as an international human right. *J Pain Symptom Manage.* 2007 May;33(5):494-9.
9. <http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Geschichte%20der%20Palliativmedizin.JPG>. [Online]
10. **Loucka M, Payne S, Brearley S.** How to Measure the International Development of Palliative Care? A Critique and Discussion of Current . *J Pain Symptom Manage.* 2013 Jun 13.
11. **Sigurdardottir KR, Oldervoll L, Hjermstad MJ, Kaasa S, Knudsen AK, Løhre ET, Loge JH, Haugen DF.** How Are Palliative Care Cancer Populations Characterized in Randomized Controlled Trials? A Literature Review. *J Pain Symptom Manage.* 2013 Sep 6.
12. **Stolberg.** *Die Geschichte der Palliativmedizin.* Frankfurt am Main : Mabuse-Verlag GnbH, 2011. 978-3-940529-79-4.
13. **Radbruch L, Payne S.** Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2. *Z Palliativmed* . 2011; 12: 260-270.
14. **Schindler T.** Zur palliativmedizinischen Versorgungsstruktur in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz.* 2006;49:1077-1086.
15. [http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Empfehlung\\_zur\\_Personalbesetzung\\_auf\\_Palliativstationen\\_2007.pdf](http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Empfehlung_zur_Personalbesetzung_auf_Palliativstationen_2007.pdf). [Online]

16. **Aulbert E, Nauck F, Radbruch L.** Lehrbuch der Palliativmedizin, pp124. Stuttgart : Schattauer, 2007, S. 124.
17. **Harding R, Simms V, Calanzani N, Higginson IJ, Hall S, Gysels M, Meñaca A, Bausewein C, Deliens L, Ferreira P, Toscani F, Daveson BA, Ceulemans L, Gomes B.** If you had less than a year to live, would you want to know? A seven-country European population survey of public preferences for disclosure of poor prognosis. *Psychooncology*. 2013 Mar 18. doi: 10.
18. **Malik FA, Gysels M, Higginson IJ.** Living with breathlessness: a survey of caregivers of breathless patients with lung cancer or heart failure. *Palliat Med*. 2013 Jul;27(7):647-56.
19. **Köhler N, Perner A, Anders D, Brähler E, Papsdorf K, Götze H.** Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Pflegebelastung von Angehörigen palliativer Tumorkranken in häuslicher Versorgung. *Psychother Psych Med* . 2012; 62(05): 157-162.
20. **Gott MC, Ahmedzai SH, Wood C.** How many inpatients at an acute hospital have palliative care needs? Comparing the perspectives of medical and nursing staff. *Palliat Med*. 2001 Nov;15(6):451-60.
21. **Becker G, Hatami I, Xander C, Dworschak-Flach B, Olschewski M, Momm F, Deibert P, Higginson IJ, Blum HE.** Palliative cancer care: an epidemiologic study. *J Clin Oncol*. 2011 Feb 20;29(6):646-50.
22. **Gott M, Frey R, Raphael D, O'Callaghan A, Robinson J, Boyd M.** Palliative care need and management in the acute hospital setting: a census of one New Zealand Hospital. *BMC Palliat Care*. 2013 Mar 28;12:15.
23. **Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA, Lynch TJ.** Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010 Aug 19;363(8):733-42.
24. **Smith TJ, Temin S, Alesi ER, Abernethy AP, Balboni TA, Basch EM, Ferrell BR, Loscalzo M, Meier DE, Paice JA, Peppercorn JM, Somerfield M, Stovall E, Von Roenn JH.** American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol* . 2012 Mar 10;30(8):880-887.
25. **Solano JP, Gomes B, Higginson IJ.** A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *J Pain Symptom Manage*. 2006 Jan;31(1):58-69.
26. **Nordgren L, Sörensen S.** Symptoms experienced in the last six months of life in patients with end-stage heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. . 2003 Sep;2(3):213-7.
27. **George M, Sharma A, Powell B, Bronnert R.** Meeting palliative care needs at the end of life in patients with interstitial lung disease. *BMJ Support Palliat Care*. 2014 Mar;4 Suppl 1:A90. 2014 Mar;4 Suppl 1:A90.
28. **Bausewein C, Calanzani N, Daveson BA, Simon ST, Ferreira PL, Higginson IJ, Bechinger-English D, Deliens L, Gysels M, Toscani F, Ceulemans L, Harding R, Gomes B.** Burden to others' as a public concern in advanced cancer: a comparative survey in seven European countries. *BMC Cancer*. 2013, Mar 8;13:105.

29. **Addington-Hall JM, Higginson IJ.** *Palliativ Care for Non-Cancer Patients.* Oxford : Oxford University Press, 2001.
30. **Fadul N, Elsayem A, Palmer JL, Zhang T, Braiteh F, Bruera E.** Predictors of access to palliative care services among patients who died at a Comprehensive Cancer Center. *J Palliat Med.* . 2007 Oct;10(5):1146-52.
31. **Bruera E, Hui D.** Integrating supportive and palliative care in the trajectory of cancer: establishing goals and models of care. *J Clin Oncol.* . 2010 Sep 1;28(25):4013-7.
32. **Gaertner J, Wolf J, Hallek M, Glossmann JP, Voltz R.** Standardizing integration of palliative care into comprehensive cancer therapy--a disease specific approach. *Support Care Cancer.* 2011 Jul;19(7):1037-43.
33. **Lordick F, Oorschot van B.** Palliativmedizin in der Onkologie Ziele der AG Palliativmedizin (APM) der Deutschen Krebsgesellschaft. *Forum.* 2012;27:367-371.
34.  
[http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/AG%20Papier%20Palliativversorgung%20bei%20H erzinsuffizienz.pdf](http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/AG%20Papier%20Palliativversorgung%20bei%20H%20erzinsuffizienz.pdf). [Online]
35. **Jaarsma T, Beattie JM, Ryder M, Rutten FH, McDonagh T, Mohacsi P, Murray SA, Grodzicki T, Bergh I, Metra M, Ekman I, Angermann C, Leventhal M, Pitsis A, Anker SD, Gavazzi A, Ponikowski P, Dickstein K, Delacretaz E, Blue L, Strasser F, McMurray J und Advanced.** Palliative care in heart failure: a position statement from the palliative care workshop of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail.* . 2009 May;11(5):433-43.
36. **Hardin KA, Meyers F, Louie S.** Integrating palliative care in severe chronic obstructive lung disease. *COPD.* 2008 Aug;5(4):207-20.
37. **Buecken R, Galushko M, Golla H, Strupp J, Hahn M, Ernstmann N, Pfaff H, Voltz R.** Patients feeling severely affected by multiple sclerosis: how do patients want to communicate about end-of-life issues? *Patient Educ Couns.* . 2012 Aug;88(2):318-24.
38. **Bausewein, C.** Palliativmedizin/Palliativcare-wann und für wen? *Palliativmedizin.* 2011;12(06):237-238.
39. **Strohscheer I, Verebes J, Samonigg H.** Implementierung eines palliativmedizinischen Konsiliardienstes an einer Universitätsklinik. *Z Palliativmed.* 2005;6:112-116.
40. **Gockel, M.** Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin. *Der palliativmedizinische Konsiliardienst am Klinikum der Universität München: Akzeptanz und Entwicklung der Leistung über einen 5-Jahres-Zeitraum 2002-2007.* Ludwig-Maximilians-Universität München : s.n., 2008.
41. **Kamal AH, Swetz KM, Carey EC, Cheville AL, Liu H, Ruegg SR, Moynihan TJ, Sloan JA, Kaur JS.** Palliative care consultations in patients with cancer: a mayo clinic 5-year review. *J Oncol Pract.* 2011 Jan;7(1):48-53.
42. **Bates T, Hoy AM, Clarke DG, Laird PP.** The St Thomas' Hospital terminal care support team. A new concept of hospice care. *Lancet.* 1981 May 30;1(8231):1201-3.

43. **Ellershaw JE, Peat SJ, Boys LC.** Assessing the effectiveness of a hospital palliative care team. *Palliat Med.* 1995 Apr;9(2):145-52.
44. **Bhatraju P, FriedenberG AS, Uppal A, Evans L.** Factors Associated With Utilization of an Inpatient Palliative Care Consultation Service in an Urban Public Hospital. *Am J Hosp Palliat Care.* 2013 Aug 28.
45. **Bükki J, Scherbel J, Stiel S, Klein C, Meidenbauer N, Ostgathe C.** Palliative care needs, symptoms, and treatment intensity along the disease trajectory in medical oncology outpatients: a retrospective chart review. *Support Care Cancer.* 2013 Jun;21(6):1743-50.
46. **Curtis, JR.** Caring for patients with critical illness and their families: the value of the integrated clinical team. *Respir Care.* 2008 Apr;53(4):480-7.
47. **Smith TJ, Cassel JB.** Cost and non-clinical outcomes of palliative care. *J Pain Symptom Manage.* 2009 Jul;38(1):32-44.
48. **Ostgathe C, Alt-Epping B, Golla H, Gaertner J, Lindena G, Radbruch L, Voltz R und Group., Hospice and Palliative Care Evaluation (HOPE) Working.** Non-cancer patients in specialized palliative care in Germany: what are the problems? *Palliat Med.* 2011 Mar;25(2):148-52.
49. **Krome, S.** Therapie von Tumorschmerzen: Das WHO-Stufenschema als Leitlinie. *Dtsch Med Wochenschr.* 2011;136:94-96.
50. **Gaertner J, Drabik A, Marschall U, Schlesiger G, Voltz R, Stock S.** Inpatient palliative care: a nationwide analysis. *Health Policy.* 2013 Mar;109(3):311-8.
51. **Gaertner J, Wolf J, Frechen S, Klein U, Scheicht D, Hellmich M, Toepelt K, Glossmann JP, Ostgathe C, Hallek M, Voltz R.** Recommending early integration of palliative care - does it work? *Support Care Cancer.* 2012 Mar;20(3):507-13.
52. **Centeno C, Portela MA, Noguera A, Idoate A, Rubiales AS.** Impact of a new palliative care consultation team on opioid prescription in a University Hospital. *BMC Palliat Care.* 2009 Jan 16;8:2.
53. **Simon ST, Gomes B, Koeskeroglu P, Higginson IJ, Bausewein C.** Population, mortality and place of death in Germany (1950-2050) - implications for end-of-life care in the future. *Public Health.* 2012 Nov;126(11):937-46.
54. **Gaber E.** Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. *Robert-Koch Institut Gesundheitsberichterstattung.* 2011, Bd. 52.
55. **Lynn J, Teno JM, Phillips RS, Wu AW, Desbiens N, Harrold J, Claessens MT, Wenger N, Kreling B, Connors AF Jr.** Perceptions by family members of the dying experience of older and seriously ill patients. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *Ann Intern Med.* 1997 Jan 15;126(2):97-106.
56. **Murtagh FE, Bausewein C, Verne J, Groeneveld EI, Kaloki YE, Higginson IJ.** How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliat Med.* 2014 Jan;28(1):49-58, May 21.

57. **Murtagh FE, Preston M, Higginson I.** Patterns of dying: palliative care for non-malignant disease. *Clin Med.* 2004 Jan-Feb;4(1):39-44.
58.  
[http://www.stjakobushospiz.de/fileadmin/user\\_upload/jakobus/Download/SAPV\\_Fachinformation\\_Saarland\\_DEZ2009.pdf](http://www.stjakobushospiz.de/fileadmin/user_upload/jakobus/Download/SAPV_Fachinformation_Saarland_DEZ2009.pdf). [Online]
59. <http://www.caritasklinik.de/Home/Kliniken-Fachabteilungen-St.-Theresia-Saarbrücken>. [Online]
60. <http://www.research-results.de/fachartikel/2005/ausgabe2/ma-vieler-dinge.html>. [Online]
61. **Casarett D, Pickard A, Bailey FA, Ritchie C, Furman C, Rosenfeld K, Shreve S, Chen Z, Shea JA.** Do palliative consultations improve patient outcomes? *J Am Geriatr Soc.* 2008 Apr;56(4):593-9.
62. **Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A.** Illness trajectories and palliative care. *BMJ.* 2005 Apr 30;330(7498):1007-11.
63. **Saleem TZ, Higginson IJ, Chaudhuri KR, Martin A, Burman R, Leigh PN.** Symptom prevalence, severity and palliative care needs assessment using the Palliative Outcome Scale: a cross-sectional study of patients with Parkinson's disease and related neurological conditions. *Palliat Med.* . 2013 Sep;27(8):722-31.
64. **Higginson IJ, Gao W, Saleem TZ, Chaudhuri KR, Burman R, McCrone P, Leigh PN.** Symptoms and quality of life in late stage Parkinson syndromes: a longitudinal community study of predictive factors. *PLoS One.* 2012;7(11):e46327.
65. **Hui D, Kim SH, Kwon JH, Tanco KC, Zhang T, Kang JH, Rhondali W, Chisholm G, Bruera E.** Access to palliative care among patients treated at a comprehensive cancer center. *Oncologist.* 2012;17(12):1574-80.
66. **Franz P.** Neurologische Erkrankungen in der Krankheitsendphase unterversorgt. *NeuroTransmitter.* May 2012, Vol. 23, No. 5: 53-64.
67. **Highet G, Crawford D, Murray SA, Boyd K.** Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study. *BMJ Support Palliat Care.* 2014;4:3 285-290 .
68. **Jack B, Hillier V, Williams A, Oldham J.** Hospital based palliative care teams improve the insight of cancer patients into their disease. *Palliat Med.* 2004 Jan;18(1):46-52.
69. **Scharifi G, Backes F, Gottschling S, Gronwald B.** Palliativmedizinischer Dienst: Die Bewertung des Palliativdienstes am Universitätsklinikum des Saarlandes. *Schmerzmedizin.* 2016; 32 (2): 40-47.
70. **Kuhn U, Düsterdiek A, Galushko M, Dose C, Montag T, Ostgathe C, Voltz R.** Identifying patients suitable for palliative care--a descriptive analysis of enquiries using a Case Management Process Model approach. *BMC Res Notes.* . 2012 Nov 1;5:611.
71. **Müller M, Pfister D, Markett S, Jasper B.** Wieviel Tod verträgt das Team? *Schmerz.* 2009;23:600-608.



72. **Gaertner J, Frechen S, Sladek M, Ostgathe C, Voltz R.** Palliative care consultation service and palliative care unit: why do we need both? *Oncologist* . 2012;17(3):428-35.
73. **Manfredi PL, Morrison RS, Morris J, Goldhirsch SL, Carter JM, Meier DE.** Palliative care consultations: how do they impact the care of hospitalized patients? *J Pain Symptom Manage* . 2000 Sep;20(3):166-73.
74. **Bausewein C, Simon ST.** Atemnot und Husten bei Palliativpatienten. *Dtsch Arztebl Int* . 2013; 110(33-34): 563-72.
75. **Lindqvist O, Tishelman C, Hagelin CL, Clark JB, Daud ML, Dickman A, Benedetti FD, Galushko M, Lunder U, Lundquist G, Miccinesi G, Sauter SB, Fürst CJ, Rasmussen BH und Group., OPCARE9.** Complexity in non-pharmacological caregiving activities at the end of life: an international qualitative study. *PLoS Med*. 2012 Feb;9(2):e1001173.
76. **DGP, Arbeitsgruppe Nicht-Tumorpatienten der.** Palliativversorgung bei Herzinsuffizienz. <http://www.dgpalliativmedizin.de/arbeitsgruppen/arbeitsgruppe-palliativmedizin-fuer-nicht-tumorpatienten.html>. [Online]
77. **Edmonds P, Karlsen S, Addington-Hall J.** Palliative care needs of hospital inpatients. *Palliat Med*. 2000 May;14(3):227-8.
78. **Lefkowitz C, Binstock AB, Courtney-Brooks M, Teuteberg WG, Leahy J, Sukumvanich P, Kelley JL.** Predictors of palliative care consultation on an inpatient gynecologic oncology service: Are we following ASCO recommendations? *Gynecol Oncol* . 2014 May;133(2):319-25.

## 9 Publikation

Scharifi G, Backes F, Gottschling S, Gronwald B. Palliativmedizinischer Dienst. Die Bewertung des Palliativdienstes am Universitätsklinikum des Saarlandes. *Schmerzmedizin* 2016; 32 (2): 40-47.

## 10 Dank

Ich möchte mich sehr herzlich bei allen Kollegen und Kolleginnen bedanken, die sich für die Interviews Zeit genommen haben.

## 11 Anhang

### 11.1 Fragebogen

#### Fragebogen zur Versorgungsqualität durch den Palliativmedizinischen Konsiliardienst

##### 0. Angaben zum Befragten

Name: .....

Abteilung: .....

Dauer des Arbeitsverhältnisses in der Klinik: .....

Funktion:                                      Oberarzt                      Assistenzarzt                      Pflegeleitung

Ausbildungsstand in Palliativmedizin:                      Keine Ausbildung                      Basiskurs                      Zusatzbezeichnung

##### 1. Wenn ich den palliativmedizinischen Konsiliardienst anfordere, dann geschieht dies aus den folgenden Gründen:

(Bitte ordnen Sie jeder Antwort-Option eine der folgenden Ziffern zu:

- ,1‘ für: (so gut wie) immer aus diesem Grund
- ,2‘ für: oft aus diesem Grund
- ,3‘ für: manchmal aus diesem Grund
- ,4‘ für: selten aus diesem Grund
- ,5‘ für: (so gut wie) nie aus diesem Grund)

Zur Symptomkontrolle .....  
Zur Planung der Entlassung .....  
Zur Verlegung oder Übernahme in einen anderen Bereich .....  
Zur sozialrechtlichen Beratung .....  
Zur Begleitung in der Sterbephase .....  
Zur spirituellen Betreuung .....  
Zur psychologischen Betreuung .....

Sonstige Gründe: .....  
.....

##### 2. Wer sollte berechtigt sein, ein palliativmedizinisches Konsil anzufordern?

(Bislang sind nur Ärzte berechtigt, ein Konsil anzufordern.)

Nur Ärzte  
Ärzte und Pflege

Anmerkungen: .....

**3. Nach dem Erstkontakt und gegebenenfalls im Verlauf erhalten Sie von uns eine konsiliarische Stellungnahme in Form eines standardisierten Antwortbogens. Die folgenden Fragen beziehen sich auf die konsiliarische Stellungnahme.**

**3.1 Wie beurteilen Sie die Übersichtlichkeit der konsiliarischen Stellungnahme?**

sehr gut                      gut                      mittel                      schlecht                      sehr schlecht

Anmerkungen .....

**3.2 Wie beurteilen Sie die Verständlichkeit der konsiliarischen Stellungnahme?**

sehr gut                      gut                      mittel                      schlecht                      sehr schlecht

Anmerkungen: .....

**3.3 Wie beurteilen Sie den Informationsgehalt der konsiliarischen Stellungnahme?**

sehr gut                      gut                      mittel                      schlecht                      sehr schlecht

Anmerkungen: .....

**3.4 Wie beurteilen Sie den Umfang der konsiliarischen Stellungnahme?**

viel zu kurz                      eher zu kurz                      genau richtig                      eher zu lang                      viel zu lang

Anmerkungen: .....

**3.5 Wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie mit der konsiliarischen Stellungnahme insgesamt?**

sehr zufr.                      eher zufr.                      mittelm. zufr.                      eher unzufr.                      sehr unzufr.

Anmerkungen: .....

**4. Zum Inhalt der konsiliarischen Stellungnahme**

**4.1 Sollte die konsiliarische Stellungnahme weitergehende Informationen beinhalten, die nicht unmittelbar durch den Auftrag der Konsilanforderung abgedeckt sind (z.B. Informationen über die häusliche Versorgungssituation oder die Vormedikation)?**

Ja                      Nein

Falls „Ja“ → **4.1F Wie zufrieden waren Sie bisher mit den erhaltenen weitergehenden Informationen?**

sehr zufr.                      eher zufr.                      mittelm. zufr.                      eher unzufr.                      sehr unzufr.

Anmerkungen: .....

**4.2 Sollten in der konsiliarischen Stellungnahme die palliativmedizinischen Assessmentdaten aufgeführt werden (wie Informationen zu Patientenverfügungen, zum Funktionsstatus, zur Pflegestufe und zur Symptomlast des Patienten)?**

Ja      Nein

Falls „Ja“ → **4.2F Wie zufrieden oder unzufrieden waren Sie bisher mit den erhaltenen palliativmedizinischen Assessmentdaten?**

sehr zufr.                      eher zufr.                      mittelm. zufr.                      eher unzufr.                      sehr unzufr.

Anmerkungen: .....

**4.3 Sollte die konsiliarische Stellungnahme eventuell Vorschläge für weitergehende Therapien beinhalten, die nicht unmittelbar durch den Konsilauftrag abgedeckt sind? (Beispiel: Zusätzliche Empfehlungen für Musiktherapie oder hinsichtlich der Einschaltung des Sozialdienstes, wenn Vorschläge zur medizinischen Schmerztherapie angefordert waren.)**

Ja      Nein

Falls „Ja“ → **4.3F Wie zufrieden oder unzufrieden waren Sie bisher mit den Vorschlägen für weitergehende Therapien?**

sehr zufr.                      eher zufr.                      mittelm. zufr.                      eher unzufr.                      sehr unzufr.

Anmerkungen: .....

**4.4 Sollte die konsiliarische Stellungnahme Empfehlungen zur medikamentösen Therapie belastender Symptome enthalten?**

Ja      Nein

Falls „Ja“ → **4.4F Wie zufrieden oder unzufrieden waren Sie bisher mit den Empfehlungen zur medikamentösen Therapie belastender Symptome?**

sehr zufr.                      eher zufr.                      mittelm. zufr.                      eher unzufr.                      sehr unzufr.

Anmerkungen: .....

**4.5 Sollte die konsiliarische Stellungnahme spezielle Empfehlungen zur Opioidtherapie enthalten?**

Ja      Nein

Falls „Ja“ → **4.5F Wie zufrieden oder unzufrieden waren Sie bisher mit den speziellen Empfehlungen zur Opioidtherapie?**

sehr zufr.                      eher zufr.                      mittelm. zufr.                      eher unzufr.                      sehr unzufr.

Anmerkungen: .....

**4.6 Sollte die konsiliarische Stellungnahme Empfehlungen zu Koanalgetika beinhalten, wenn neuropathische Schmerzen bestehen?**

Ja      Nein

Falls „Ja“→ **4.6F Wie zufrieden oder unzufrieden waren Sie bisher mit den Empfehlungen zu Koanalgetika bei neuropathischen Schmerzen?**

sehr zufr.                      eher zufr.                      mittelm. zufr.                      eher unzufr.                      sehr unzufr.

Anmerkungen: .....

**4.7 Sollte die konsiliarische Stellungnahme eventuell weitere Empfehlungen zur nicht-medikamentösen Schmerztherapie beinhalten (z.B. zu Akupunktur, Physiotherapie oder Entspannungsverfahren)?**

Ja      Nein

Falls „Ja“→ **4.7F Wie zufrieden oder unzufrieden waren Sie bisher mit den Empfehlungen zur nicht-medikamentösen Schmerztherapie?**

sehr zufr.                      eher zufr.                      mittelm. zufr.                      eher unzufr.                      sehr unzufr.

Anmerkungen .....

**4.8 Sollte die konsiliarische Stellungnahme weiterführende Informationen enthalten, die Epikrise, palliativmedizinische Vorbehandlungen, Beratung von Angehörigen und/oder Kontakte zu ehrenamtlichen Helfern zum Inhalt haben?**

Ja      Nein

Falls „Ja“→ **4.8F Wie zufrieden oder unzufrieden waren Sie bisher mit den weiterführenden Informationen?**

sehr zufr.                      eher zufr.                      mittelm. zufr.                      eher unzufr.                      sehr unzufr.

Anmerkungen: .....

**5. Zur Nutzung der konsiliarischen Stellungnahme**

**5.1. Wie häufig lesen Sie tatsächlich die konsiliarische Stellungnahme?**

(so gut wie) nie                      selten                      manchmal                      oft                      (so gut wie) immer

**5.2. Gegeben Sie haben die konsiliarische Stellungnahme gelesen – wie häufig setzen Sie die darin ausgesprochenen Empfehlungen tatsächlich ganz oder teilweise um?**

(so gut wie) nie                      selten                      manchmal                      oft                      (so gut wie) immer

### **5.3. Wenn die Empfehlungen nicht umgesetzt werden, dann geschieht dies aus den folgenden Gründen:**

(Bitte ordnen Sie jeder Antwort-Option eine der folgenden Ziffern zu:

- ,1‘ für: (so gut wie) immer aus diesem Grund
- ,2‘ für: oft aus diesem Grund
- ,3‘ für: manchmal aus diesem Grund
- ,4‘ für: selten aus diesem Grund
- ,5‘ für: (so gut wie) nie aus diesem Grund)

Strukturelle Gründe (Medikamente sind nicht verfügbar oder nicht üblich)	....
Anderes Therapiekonzept wird präferiert	....
Rücksprache mit OA/CA erforderlich	....
Der Bogen steht nicht hinreichend zeitnah zur Verfügung	....
Die Empfehlung überfordert die Fachkenntnis	....

Sonstige Gründe: .....

.....

## **6. Zur Form der konsiliarischen Stellungnahme**

### **6.1 In welcher Form möchten Sie die konsiliarische Stellungnahme erhalten?**

- Als ausgedruckte Version
- Als elektronische Version
- Als ausgedruckte und als elektronische Version

### **6.2 Wünschen Sie ergänzend zur konsiliarischen Stellungnahme eine persönliche Rückmeldung?**

Ja      Nein

Falls „Nein“ → **6.2F Aus welchen Gründen wünschen Sie keine persönliche Rückmeldung?**  
(Mehrfachauswahl möglich)

ja      nein

Eine schriftliche Antwort ist ausreichend

Ein persönliches Gespräch ist zu zeitaufwendig

Ich bin im Alltag kaum erreichbar

Sonstige Gründe: .....

.....

## **7. Wird auf Ihrer Station eine adäquate Bedarfsmedikation – eine Einzeldosis am Bett – bereitgestellt?**

(Der Einsatz von Bedarfsmedikation ist beispielsweise dann erforderlich, wenn der Patient an Schmerzen oder Luftnot leidet.)

Ja      Nein

Falls „Nein“ → **7.F. Warum wird keine adäquate Bedarfsmedikation bereitgestellt?**

Ja    nein

Die Bedarfsmedikation darf nicht am Bett stehen

Es gibt Schwierigkeiten, die Bedarfsmedikation bereitzustellen

Es besteht eine Unsicherheit in der Anwendung (auf Seiten des Patienten und/oder der Versorger)

Sonstige Gründe: .....

.....

**8. Häufig wird der Konsiliardienst erst spät angefordert – für eine effektive Mitbetreuung braucht der Konsiliardienst erfahrungsgemäß wenigstens sieben Tage. Aus welchen Gründen wird der Konsiliardienst häufig erst spät im Behandlungsverlauf eingeschaltet?** (Mehrfachauswahl möglich)

Ja nein

Der Bedarf wird nicht früher gesehen

Es bestehen Schwierigkeiten, dieses Thema mit dem Patienten zu besprechen

Sonstige Gründe: .....

.....

**9. Wie könnte man eine frühere Einbindung der Palliativmedizin in die Behandlung des Patienten erreichen?** (Mehrfachauswahl möglich)

Ja nein

Es sollte standardisierte Empfehlungen dahin gehend geben, ab welchem Krankheitsstadium der Konsiliardienst eingeschaltet wird.

Alle Palliativpatienten sollten in der Tumorkonferenz besprochen werden

Es sollte eine gemeinsame Visite stattfinden

Weitere Vorschläge: .....

.....

## 11.2 Antwortbogen des palliativmedizinischen Konsiliardienstes im Intranet des CaritasKlinikums Saarbrücken St. Theresia

		
<b>Konsiliar-Untersuchung</b>		Telefondurchwahl: 0681 / 406-1151 (Sekretariat) 406-1152 (Station) Telefax: 06817406-1153 e-mail: m.blatt-bodewig@caritasklinikum.de e-mail: palliativ@caritasklinikum.de
Patientendaten	<b>Klinik für Palliativmedizin</b>  <b>Chefärztin Dr. med M. Blatt-Bodewig</b> Ärztin für Innere Medizin Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie Palliativmedizin	
Von OE:	Datum:	Uhrzeit :von/bis
Von Station:		
durchgeführt durch:		
Konsil:	<input type="checkbox"/> Erstkonsil	<input type="checkbox"/> Folgekonsil
Für die Klinik Palliativmedizin <u>Tel:(0681)406-1151</u> , Fax – 1153		
Diagnose:		
Fragestellung:		
Befund:		
Durchgeführte Maßnahmen:		
Empfehlungen:		
Dr. med. Maria Blatt-Bodewig Chefärztin	F.Backes Oberärztin	M.Seyfried Fachärztin
		J.Besch-Schneider Fachkrankenschwester



### 11.3 Flyer: Frühzeitige standardisierte Integration der Palliativmedizin in das Behandlungskonzept onkologischer, internistischer und neurologischer Patienten

(in der Reihenfolge: Deckblatt, Klappentext und innenseitige Kriterien)



## **Frühzeitige standardisierte Integration der Palliativmedizin in das Behandlungskonzept onkologischer, internistischer und neurologischer Patienten**

Palliativmedizin dient der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer fortgeschrittenen, lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Der Zeitpunkt des Beginns einer palliativmedizinischen Mitbehandlung kann entscheidende Auswirkungen auf den weiteren Krankheitsverlauf haben.

Ziel ist es, die palliativmedizinische Behandlung nicht sequenziell im Anschluss an eine erkrankungs-spezifische Therapie anzuschließen, sondern sie als selbstverständlichen Baustein der Gesamttherapie aller betroffenen Patienten zu implementieren.

Dieser Flyer soll eine Hilfe sein, Patienten, die von einer palliativmedizinischen Unterstützung profitieren, zu ermitteln.

Verantwortlich für die Kriterien zur Einschaltung frühzeitiger Palliativversorgung ist die Arbeitsgruppe „stationäre Einrichtungen“ der saarländischen Landesvertretung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.

Bei Fragen zur Anwendbarkeit der vorgeschlagenen/ empfohlenen Kriterien auf Ihre Patienten oder zur Erstellung gemeinsamer individualisierter Versorgungskonzepte stehen Ihnen die aufgeführten Ansprechpartner gerne (auch zur informellen Rücksprache) zur Verfügung.

# KRITERIEN

## ONKOLOGIE

<b>Karzinome</b>	metastasiert und/oder inoperabel
<b>Sarkome</b>	Stadium IV
<b>Melanom</b>	Stadium IV
<b>Hirntumore</b>	inoperabel oder R1 Resektion oder Rezidiv

## HÄMATOLOGISCHE ERKRANKUNGEN

<b>Plasmozytom</b>	Stadium III nach Durie und Salmon
<b>Indolente Lymphome</b>	refraktäres Rezidiv
<b>MDS</b>	regelmäßige Substitution von Blutprodukten in kürzeren Zeitabständen
<b>Akute Leukämien/ Aggressive Lymphome</b>	keine komplette Remission oder refraktäres Rezidiv oder Therapieabbruch





## INNERE MEDIZIN

### Chronische Herzinsuffizienz

ab NYHA III  
und  
>1 Notfalleinweisung in den letzten  
sechs Monaten unter optimaler Therapie

### COPD

GOLD-Stadien II-IV  
und  
mind. 1 weiteres Kriterium:  
• Ruhedyspnoe, Schmerzen, Depression  
• >1 ungeplanter Krankenhausaufenthalt  
wegen COPD-Exazerbation in den letzten  
sechs Monaten unter optimaler Therapie  
• nicht-Invasive Heimbeatmung  
• ECOG 3 + 4

### Chronische Niereninsuffizienz

ab Stadium IV  
und ein weiteres Kriterium:  
ECOG 3+4  
oder  
Kontraindikation für Dialyse  
oder  
mehr als 4 Komorbiditäten

### Leberzirrhose

Leberzirrhose Child C mit  
mindestens einem Zusatzkriterium:  
• therapierefraktärer Ascites  
• hepatische Enzephalopathie ab Stadium 2  
• beginnendes hepatorenales Syndrom  
Typ I oder II  
• beginnendes hepatopulmonales Syndrom  
• Zustand nach Varizenblutung



## NEUROLOGIE

**Bei Bewegungsstörungen spätens mit beginnenden Sprech-, Schluck- oder Atemstörungen, z.B.** Parkinson, Morbus Huntington, Multiple Sklerose, Amyotrophe Lateralsklerose, Myasthenie, Muskeldystrophien

**Schlaganfall** Verläufe, die entweder bleibende Schluckstörungen hinterlassen oder in eine vollständige Pflegeabhängigkeit münden, z.B. große Pons Blutungen, Mediatotalinfarkt, Hemisphäreninfarkte

**Demenz**

- gestörtes Ess- und Trinkverhalten
- > 1 ungeplanter Krankenhausaufenthalt in sechs Monaten

## WHO/ECOG - KRITERIEN

- |          |   |
|----------|---|
| <b>0</b> | Volle Aktivität, normales Leben möglich   |
| <b>1</b> | Eingeschränkte Aktivität, leichte Arbeit möglich  |
| <b>2</b> | Selbstversorgung möglich, nicht arbeitsfähig, nicht bettlägerig, muss < 50% der Tageszeit ruhen |
| <b>3</b> | Selbstversorgung sehr eingeschränkt, > 50% der Tageszeit ruhebedürftig, Pflege/Hilfe notwendig  |
| <b>4</b> | Bettlägerig und völlig pflegebedürftig  |

## 11.4 Posterveröffentlichung im Rahmen der Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft (PSO) im Dezember 2007

